

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N° 72

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

René TOUZARD

Né le 21 octobre 1907, à Calais (Pas-de-Calais)
Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
LYMPHANGIOMES KYSTIQUES
DU GRAND ÉPIPLOON

Président : M. OMBRÉDANNE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

René TOUZARD

Né le 21 octobre 1907, à Calais (Pas-de-Calais)
Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
LYMPHANGIOMES KYSTIQUES
DU GRAND ÉPIPLOON

Président : M. OMBRÉDANNE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934

DOYEN... M. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	MARION.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale..	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale.....	CUNÉO.
	GRÉGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.....	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiatrie.
AUBERTIN Pathologie médicale.
BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
BROCQ Pathologie chirurgicale.
BRULÉ Pathologie médicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CADENAT Pathologie chirurgicale.
CATHALA Pathologie médicale.
CHABROL Pathologie médicale.
CHAILLEY-BERT. Physiologie.
CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
DOGNON Physique.
DONZELOT Pathologie médicale.
ÉCALLE Obstétrique.
FEY Urologie.
GASTINEL Bactériologie.
GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
GIROUD Histologie.
HALPHEN..... Oto rhino-laryngologie.
HARVIER Pathologie médicale.
HAZARD Pharmacologie.
HUGUENIN Anatomie pathologique.
HUTINEL Pathologie médicale.
JOANNON Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
LEVEUF Pathologie chirurgicale.
LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
LIAN Pathologie médicale.
MONDOR Pathologie chirurgicale.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET Pathologie chirurgicale.
MOURE Pathologie chirurgicale.
OBERLING Anatomie pathologique.
OLIVIER Anatomie.
PIÉDELIEVRE . Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
QUÉNU Pathologie chirurgicale.
RICHET Physiologie.
SANNIÉ Chimie biologique.
SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
TROISIÈRE Pathologie expérimentale
 et comparée.
VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
VAUDESCAL .. Obstétrique.
VELTER Ophtalmologie.
VIGNES Obstétrique.

III. -- AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

LEQUEUX Obstétrique.
LEROUX Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

MM.

REITTERER Histologie
ZIMMERN Physique

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.
ABRAMI Clinique médicale.
CHIRAY Clinique médicale.
DUVOIR Clinique médicale.
BASSET Clinique chirurgicale.
CHEVASSU Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER .Clinique chirurgicale.

MM.
MOCQUOT Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.
LE LORIER Clinique obstétricale.
LÉVY-SOLAL .. Clinique obstétricale.
METZGER Clinique obstétricale.
GUÉNIOT Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les muti- lés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

Compagne dévouée de mes études. En témoignage de vive affection et de profonde tendresse.

A MA MÈRE

En témoignage de reconnaissance et de profonde affection.

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND-MÈRE ET DE MA TANTE

Trop tôt ravies à mon affection et qui m'entourèrent de toute leur tendresse.

A MONSIEUR ET MADAME DE WINTER

Qui m'ont orienté vers les études médicales et m'ont toujours témoigné la plus grande amitié.

A LA MÉMOIRE DE MES AMIS RENÉ BON ET PIERRE CARRETIER

A MES AMIS LUCIEN ET MAURICE GEST
JULIETTE ET GASTON KARQUEL

A MES CAMARADES

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

M. LE PROFESSEUR CARNOT
M. LE PROFESSEUR HARTMANN
M. LE PROFESSEUR HARVIER
M. LE PROFESSEUR LECÈNE
M. LE DOCTEUR BENSAUDE
M. LE DOCTEUR SAUVÉ
M. LE DOCTEUR DEVRAIGNE
M. LE DOCTEUR PAGNIEZ
M. LE DOCTEUR MILIAN
M. LE DOCTEUR GUILLEMOT
M. LE DOCTEUR LAUNAY

A M. LE PROFESSEUR OMBREDANNE

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique chirurgicale infantile
Chirurgien de l'Hôpital des Enfants-Malades
Officier de la Légion d'honneur

*En remerciement pour le grand honneur
qu'il nous a fait en acceptant la présidence
de cette thèse.*

A M. LE DOCTEUR GUILLEMOT

Médecin de l'Hôpital Bretonneau

*Qui nous a inspiré le sujet de notre thèse.
En reconnaissance pour le précieux ensei-
gnement que nous avons reçu dans son ser-
vice.*

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEVEUF

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

*Qui nous a aidé de ses conseils avec une
très grande bienveillance.*

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEROUX

*Qui a bien voulu nous guider dans la
classification histologique de nos observa-
tions.*

A M. LE DOCTEUR GRENAUDIER

Qui nous a facilité notre travail.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES LYMPHANGIOMES KYSTIQUES DU GRAND ÉPIPLOON

INTRODUCTION

Un garçon de 4 ans entrain en janvier 1933 dans le service de notre maître le Dr Guillemot pour une distension abdominale marquée, accompagnée de douleurs assez vagues. Le Dr Guillemot fit d'abord le diagnostic d'ascite enkystée. Il demanda néanmoins l'avis du Dr Leveuf et tous deux convinrent qu'il s'agissait d'une tumeur kystique de l'abdomen. L'intervention montra un volumineux kyste de l'épiploon. L'examen histologique permit d'en faire un lymphangiome kystique.

Le Dr Guillemot nous proposa alors de faire notre thèse sur les kystes primitifs du grand épiploon. Nous avons pu nous rendre compte que ces tumeurs sont beaucoup moins exceptionnelles qu'on ne le pense, et que la plupart, sinon toutes, doivent être rangées dans la classe des lymphangiomes kystiques. Nous essaierons de préciser leurs caractères anatomo-cliniques et la thérapeutique qu'ils exigent.

Mais nous tenons dès maintenant à assurer de notre reconnaissance le Dr Leveuf, sous la direction constante de qui nous avons entrepris cette étude, et le professeur Leroux, qui a bien voulu nous éclairer de ses conseils, en ce qui concerne la classification histologique des observations que nous avons pu rassembler.

DÉFINITION

Nous n'avons pas voulu faire une étude d'ensemble des kystes primitifs de l'épiploon, car nous pensons que le mot kyste désigne des choses trop différentes, et qu'il importe d'établir entre les kystes la même différenciation histologique qu'on a coutume de faire pour les autres tumeurs. Des kystes primitifs de l'épiploon, nous n'étudierons que ceux qui peuvent être rangés dans la catégorie des lymphangiomes kystiques. C'est dire que nous éliminons de notre sujet les kystes hydatiques, dermoïdes, inflammatoires, les sarcomes kystiques, les hématomes et collections liquides enkystés.

Nous ne tiendrons pas compte des observations de kystes où l'examen histologique est trop imprécis. De telles tumeurs ne peuvent se ranger ni parmi les lymphangiomes kystiques, ni dans aucune catégorie de tumeur connue. Ceci provient, parfois, du fait qu'il s'agit d'observations anciennes, alors que les lymphangiomes kystiques de l'épiploon ne sont connus que depuis peu, et qu'ainsi les observateurs n'ont peut-être pas prêté attention à ce qui nous paraît caractéristique du lymphangiome kystique. Telles sont les observations de Rouffart, Funk, Karas, Borst, Henke.

Cependant, malgré l'absence d'examen histologique, nous avons cru devoir retenir pour notre étude, ceux des kystes séreux ou hématiques qui se rapprochent des lymphangiomes kystiques, tant par leur allure clinique que par leur structure macroscopique.

Enfin, nous tenons à préciser que nous n'étudierons que les

lymphangiomes kystiques du grand épiploon, ou de l'épiploon gastrocolique. C'est dire que nous ne parlerons pas des lymphangiomes kystiques de l'épiploon gastrohépatique, ni de ceux de l'épiploon gastrosplénique, ni de ceux de l'arrière-cavité des épiploons.

HISTORIQUE

Les kystes primitifs de l'épiploon, et parmi eux les lymphangiomes kystiques ne commencent à être connus que depuis peu.

Leur existence même fut longtemps mise en doute et même niée, en particulier par Ormsby (1883) et Lancereaux (1892) et ceci, malgré l'observation de Gairdner qui, en 1852, à l'autopsie d'une femme adulte morte subitement, trouva un kyste sous le feuillet antérieur du grand épiploon. Ce kyste se composait d'une vaste poche fermée et contenait une sérosité transparente incolore. C'est la première observation de kyste primitif de l'épiploon.

A partir de 1880, les observations deviennent moins exceptionnelles, on en trouve quelques-unes dans la presse allemande et dans la presse française, en particulier celle de Marfan (*Presse Médicale* 1896), mais la plupart se rencontrent dans la littérature anglo-américaine. Une étude d'un certain nombre de cas est faite par Fort (*Annals of Surgery* 1907) et Hasbrouck (*Annals of Surgery* 1908). Celui-ci distingue des kystes intraépiploïques et ceux rattachés à l'épiploon par un pédicule : kystes extraépiploïques.

Il faut attendre la thèse de René Guérain (Lyon 1910) pour avoir la première étude d'ensemble de la question. Il fixe la symptomatologie, les caractères anatomo pathologiques et le traitement des kystes de l'épiploon. Mais l'imprécision et la rareté des examens histologiques ne lui permettent pas d'établir une classification valable des kystes. Il range la plupart de ces kystes dans la catégorie, à cette époque, illimitée, des

endothéliomes. De plus, il admet dans son étude les observations qui concernent de toute évidence des sarcomes avec dégénérescence kystique, ou des hématomes enkystés. Il n'en reste pas moins 23 observations incontestables dont 6 concernent des lymphangiomes kystiques, et 17 des kystes séreux ou hématiques pour lesquels il n'a pas été fait d'examen histologique.

Depuis, les observations se sont multipliées et les efforts des observateurs ont porté sur la classification histologique de ces kystes. Stillmann, Borchers, Gödel, semblent admettre que la plupart des kystes, sinon tous, sont des lymphangiomes kystiques.

Rivé (thèse Paris, 1932) apporte 7 nouvelles observations dont l'une concerne un lymphangiome kystique. Il conclut que la plupart des kystes vrais sont des lymphangiomes kystiques.

Néanmoins nous n'avons trouvé ni en France, ni à l'étranger, aucun travail d'ensemble sur les lymphangiomes kystiques. En reprenant tous les cas de lymphangiomes kystiques publiés, c'est ce que nous nous proposons de faire. Nous avons retenu pour cette étude 64 observations de kystes primitifs de l'épiploon ; 26 concernent des lymphangiomes kystiques indiscutables, 8 des lymphangiomes probables, 30 des kystes séreux ou hématiques qui, malgré l'absence d'examen histologique, nous ont paru rentrer dans la catégorie des lymphangiomes kystiques.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous n'étudierons que les lymphangiomes kystiques développés entièrement dans les replis du grand épiploon : kystes intraépiploïques et ceux « dérivant de l'épiploon par un pédicule ou rattachés à lui de telle façon qu'ils en soient clairement originaires » (Hasbrouck). Cette division ne mérite guère d'être conservée, sauf peut-être au point de vue thérapeutique. Intra ou extraépiploïques, les lymphangiomes kystiques ont en effet le même aspect, les mêmes caractères macro ou microscopiques. D'ailleurs nous ne connaissons que deux observations de lymphangiome kystique extraépiploïque, celle de Matthews et celle de Schwartzenger, où il s'agit d'une tumeur kystique reliée au grand épiploon par plusieurs pédicules. C'est dire que 7 % des lymphangiomes sont extraépiploïques et 93 %, soit l'immense majorité, intraépiploïques. Il s'agit alors de lymphangiomes logés entre les deux feuillets de l'épiploon qui les recouvrent entièrement. L'épiploon adhère si intimement qu'il est assez souvent nécessaire de le réséquer en partie, et même d'en faire l'ablation totale (Kahuskin, Stillmann, Gödel, etc.).

Les kystes de l'épiploon se développent plus spécialement dans sa portion gastrocolique, ou au-dessous du côlon transverse comme cela s'est trouvé dans les observations de Borchers, Stillmann, Guillemot et Leveuf. On les trouve parfois groupés à l'angle splénique du côlon (Fisher), parfois disséminés à travers l'épiploon (Stillmann), parfois dans un sac herniaire (Jerlov, Gödel). Ils étaient disposés curieusement dans l'observation de Outerbridge sur tout le pourtour de l'épi-

ploon avec un chapelet central serré contre un ou deux vaisseaux sanguins. Parfois, ils intéressent la totalité de l'épiploon, arrivant même à plonger dans le petit bassin. Il arrive même qu'ils se localisent exclusivement dans le petit bassin.

Dans ces différentes localisations il s'établit de nombreuses connexions et adhérences plus ou moins solides des kystes entre eux et des kystes avec les organes abdominaux ou pelviens ; ce qui modifie d'une manière sérieuse la symptomatologie et rend délicate l'intervention. Ces adhérences sont signalées par la plupart des auteurs. Cependant dans l'observation de Guillemot et Leveuf, l'intervention fut singulièrement aisée du fait qu'il n'y avait aucune adhérence à aucun organe.

Les adhérences sont signalées le plus souvent au péritoine pariétal et à la paroi abdominale. Ces adhérences se libèrent assez difficilement ; elles sont particulièrement gênantes quand elles se font avec l'estomac comme dans l'observation de Wakefield, où les adhérences étaient si intimes qu'on ne pouvait les détacher sans danger de blesser le viscère. On signale encore des adhérences à la vésicule biliaire qui se trouve ainsi attirée en bas par un kyste (Franck), à la paroi pelvienne et aux organes pelviens, vessie, côlon, utérus (Jerlov). Ces adhérences aux organes génitaux, aux intestins, sont assez souvent notées par les auteurs, en particulier par Kahuschkin.

Il est rare que le lymphangiome kystique constitue une tumeur unique. Ceci ne se rencontre en effet que dans deux observations (Seefish, Matthews). Le plus souvent il s'agit de kystes multiples parmi lesquels un kyste ou un groupe de kystes est prépondérant. Les kystes sont alors disséminés à travers l'épiploon ou même se retrouvent en outre dans le péritoine pariétal, dans le mésentère, dans le mésocôlon, dans les organes viscéraux : rate, intestins, utérus (Jerlov, Godel), dans les organes génitaux, utérus, trompes, ovaires (Franck), dans la séreuse de l'estomac (Wakefield).

A vrai dire, il faut distinguer deux variétés : ou bien kystes relativement indépendants les uns des autres (kystes multiples

proprement dits) ou bien, et c'est le cas le plus fréquent, masse kystique multiloculaire ressemblant à une grappe de raisins constituée de cavités de dimensions variables communiquant ou non. « En fait la tumeur est constituée d'une centaine de kystes isolés et communiquant de 1 à 2 mm. de diamètre » (Gransmann).

Ce sont des masses généralement importantes, de gros poids, 12 livres dans l'observation de Fisher, de dimensions déjà notables 21×12 dans le cas de Outerbridge, 14×11 dans celui de Guillemot et Leveuf.

Le plus souvent, ces masses sont de dimensions variables allant d'une tête d'épingle à celle d'une poche contenant plusieurs litres de liquide, et ceci parfois chez un même malade, où elles forment ainsi une tumeur irrégulière plus ou moins cohérente ; c'est dire qu'il est rare de rencontrer ces tumeurs arrondies, régulières, uniques, que décrivait Guérain.

La surface est lisse, brillante, souvent recouverte de graisse d'épiploon, parcourue par des vaisseaux dilatés qui parfois atteignent le volume d'un crayon (Stillmann, Iselin, Girvin). Ces vaisseaux constituent de nombreux pédicules à lier au moment de l'intervention. Leur rupture entraîne parfois des hémorragies sérieuses. Cette dilatation presque constante traduit la coexistence de lésions angiomateuses. La surface interne est assez tomenteuse, souvent recouverte de fibrine et de fausses membranes.

La consistance est élastique mais ferme, mais elle varie évidemment suivant le volume de la tumeur, la quantité de liquide inclus, et la pression de celui-ci, pression qui peut être si forte que dans l'observation de Girvin, le liquide jaillit à cinq ou six pieds.

La paroi est mince, excessivement mince, transparente. Ceci est noté comme un signe caractéristique dans toutes les observations sauf 3, celles de Godel, de Ryan et de Peterson, où les auteurs décrivent au contraire une paroi épaisse et opaque. L'épaisseur des parois n'est pas uniforme.

Le contenu de ces kystes est séreux ou hématique : 12 fois séreux, 8 fois hématique dans nos observations. Il ne semble pas qu'il y ait de distinction essentielle entre ces deux variétés, d'autant que les kystes hématiques ne sont que des kystes séreux devenus secondairement hématiques, par suite de la rupture des vaisseaux qui se développent à leur surface, ou par un processus de pachypéritonite hémorragique, analogue à celui de la pachyvaginalite. Toutes les transitions existent d'ailleurs entre le liquide franchement séreux et le liquide hématique. Ici le liquide est clair comme de l'eau de roche, là il est faiblement teinté de sang, franchement rouge, sombre, noirâtre, ressemblant à un vomissement de marc de café comme dans l'observation de Ryan. De plus, ce qui montre le peu d'importance de cette distinction, on trouve dans un même kyste, ici un liquide séreux, là un liquide hématique, suivant les loges envisagées. Le liquide est plus ou moins abondant, il peut atteindre un volume important, 5 litres et même plus, dans de nombreuses observations.

Les caractères chimiques n'ont pas été recherchés dans la plupart des observations. Cependant à quelques exceptions près (Gödel) le liquide contient une assez grosse quantité d'albumine, il coagule à la chaleur par l'addition d'acide acétique, il n'y a pas de pseudomucine ; il est de réaction neutre ou alcaline ; il contient des cristaux de cholestérine, des cellules en dégénérescence graisseuse ; dans le sédiment on trouve parfois outre ces éléments des cellules endothéliales (Matthews, Grausmann, Borchers). Dans la plupart des kystes, on trouve des éléments figurés, polynucléaires, lymphocytes, hématies, en proportions variables. Cependant il faut savoir que dans certaines observations on n'a pu déceler ni la présence d'albumine, ni celle de cristaux de cholestérine. Ce liquide est loin d'être caractéristique et est de constitution analogue à celui des kystes de l'ovaire. Cependant, il faut noter comme un caractère important qu'il présente dans l'ensemble toute la constitution de la lymphe.

Il reste à étudier à part l'anatomie pathologique de ces kystes de l'épiploon que l'examen histologique ne nous a pas permis de classer avec certitude parmi les lymphangiomes kystiques, et de ceux qui nous ont été rapportés sans examen histologique.

Or, cette étude nous a montré, comme nous le pensions, que ces kystes ne paraissaient se différencier en rien au point de vue anatomo-pathologique des lymphangiomes vrais ; nous ne ferons donc que quelques brèves remarques à leur sujet.

Les observations de kystes extraépiploïques sont là aussi très rares, nous n'avons pu en trouver que 6 ; sur 38 observations, de sorte que nous pouvons affirmer que la plupart des kystes du grand épiploon (84 %) sont intraépiploïques.

Nous n'avons rien de spécial à signaler sur leur localisation : ils se développent comme les lymphangiomes vrais, la plupart au-dessous du côlon transverse.

Des adhérences s'établissent là aussi avec les organes abdominaux et pelviens : adhérences au grand épiploon, péritoine, estomac, cœcum. Signalons que dans le cas de Marinacci, les adhérences au mésocôlon sont telles qu'on ne peut énucléer le kyste et qu'il faut marsupialiser ; et dans le cas de Jackson, l'adhérence à la vessie était si intime qu'il fut nécessaire de disséquer aux ciseaux.

Nous avons pu constater que les kystes uniques ou monoloculaires étaient très rares : nous n'avons pu en trouver que 8 observations. Dans toutes les autres (30), il s'agit de kystes multiples ou bien, et c'est le cas le plus fréquent, de kystes multiloculaires. Et à ce propos nous croyons devoir mettre en exergue cette observation si curieuse de Kirchberg que nous ne retenons d'ailleurs qu'avec les plus grandes réserves. L'auteur décrit une véritable kystose généralisée : kystes dans le vagin, kystes autour des annexes, kystes dans la cloison recto-vaginale, masse kystique dans le bassin ressemblant à une môle hydatiforme, kystes nombreux disséminés dans le petit épiploon, dans le péritoine duodénal, dans le mésentère, dans

le côlon ascendant, dans la plèvre diaphragmatique ; tout ceci accompagnant une foule de kystes de dimension variable disséminés dans le grand épiploon.

Généralement, le volume de ces kystes est énorme, leur poids considérable. Hearn trouve un kyste dont le poids atteint 50 livres. Ce sont là des constatations banales que nous avons déjà soulignées dans l'étude des lymphangiomes kystiques vrais.

De même la paroi est mince et transparente dans toutes les observations sauf dans celle d'Oudard et de Jackson où la paroi était épaisse et de consistance fibreuse et dure.

Le contenu de ces kystes est séreux ou hématique, de moyenne abondance. Il peut dans certains cas exceptionnels atteindre 60 litres (Rodman). Le liquide est plus ou moins riche en albumine et en cholestérine.

Il semble donc qu'il n'existe aucune différence essentielle entre ces kystes et les lymphangiomes kystiques ; et c'est la raison principale pour laquelle nous avons cru devoir les retenir dans une étude des lymphangiomes kystiques.

HISTOLOGIE

Les examens histologiques lorsqu'ils ont été faits, nous ont montré que la plupart des kystes primitifs de l'épiploon étaient des lymphangiomes kystiques. Malheureusement, dans la plupart des observations, nous ne trouvons aucune mention d'examen histologique, et de plus quand celui-ci a été fait, il est souvent si imprécis qu'il est impossible de se faire une opinion ferme. De là, cette division en lymphangiomes vrais, et lymphangiomes probables ; division qui disparaîtra quand les auteurs feront des coupes nombreuses et noteront la présence ou l'absence de tels ou tels éléments.

On appelle lymphangiome kystique, une tumeur kystique limitée par une paroi conjonctive pouvant accessoirement contenir des fibres musculaires lisses et des follicules lymphatiques, et tapissée intérieurement par un revêtement endothélial. C'est à peu de chose près la définition que Guérain donnait des kystes examinés histologiquement, mais il appelait ces tumeurs : endothéliomes. Ce n'eût été qu'une question de terminologie s'il n'avait rangé parmi les endothéliomes, non seulement les lymphangiomes mais également les épithéliomas et les kystes épithéliaux.

La plupart des observateurs se contentent de noter que la paroi était formée d'un tissu conjonctif avec des cavités kystiques nombreuses, et revêtue d'un endothélium plat. Dans quelques observations au contraire, les examens histologiques ont été minutieux et nous ont permis de fixer les grands traits des lymphangiomes kystiques.

La paroi est constituée par un tissu conjonctif plus ou moins

dense, avec de très nombreux vaisseaux sanguins à paroi très mince, plus ou moins dilatés, avec des cavités de dimensions variables, recouvertes d'endothélium plat comme celui des lymphatiques. Certains (Graussmann) insistent sur l'élargissement progressif des lymphatiques néoformés. Certaines cavités sont vides, d'autres remplies d'une substance granuleuse. Dans 5 observations (Wagener, Graussmann and Jaffe, Brochers, Guillemot et Leveuf) on trouve notés des amas lymphoïdes avec réticulum et noyau central. Ces follicules lymphatiques sont particulièrement nombreux dans l'observation de Borchers. Dans 5 observations (Wakefield, Jerlov, Schwartzemberger, Fischer, Borchers) il existait des fibres musculaires lisses. Dans la plupart des coupes, on remarque une infiltration leucocytaire périvasculaire inflammatoire. La paroi est limitée par un revêtement endothélial plat. Celui-ci n'est découvert qu'après un examen minutieux dans l'observation de Borchers concernant une grosse tumeur kystique. Graussmann, Outerbridge, et d'autres remarquent que là où le kyste devient gros, l'endothélium est absent. Il est en partie plat, en partie cylindrique, en partie disposé sur une seule assise, en partie sur plusieurs assises de cellules, dans les observations de Godel, Outerbridge, Jerlov. Wakefield et Jackson déclarent même que la paroi est limitée par des cellules épithélioformes aplaties mais que le plus souvent il s'agit de cellules géantes, de différentes dimensions. Dans l'observation de Kister on trouve dans la même tumeur des images de lymphangiome simple, caverneux, kystique, qui sont considérés comme trois degrés d'une même lésion.

Il est rare d'y rencontrer des filaments élastiques : ceci ne se trouve que dans les observations de Borchers, Jerlov, Kirchberg.

Dans quelques kystes, il existe une prolifération évidente avec projection du processus papillaire dans la lumière (Graussmann).

Signalons enfin dans une même tumeur l'association de lym-

phangiome et d'hémangiome (Wagener, Marsh, Iselin, Guillemot et Leveuf). Nous en avons déjà parlé dans la description anatomo-pathologique des kystes quand nous insistions sur la dilatation considérable des vaisseaux de la paroi. C'est une association si fréquente qu'elle correspond à la majorité des cas.

Il reste 8 observations que nous avons classées parmi les lymphangiomes probables, du fait que les examens histologiques étaient incomplets ou imprécis. Il nous paraît cependant qu'il s'agit de lymphangiomes, étant donné que la plupart de leurs caractères histologiques se retrouvent dans les lymphangiomes vrais.

C'est ainsi que Brandt, Kirshberg, Copello, Laurenti nous disent seulement : la face interne de la paroi est limitée par une assise cellulaire endothélioforme. Ceci joint à l'identité des caractères cliniques et anatomiques nous a paru suffisant pour en faire des lymphangiomes probables.

Le cas de Marsh est plus douteux ; il ne parle pas de revêtement interne et se borne à signaler un tissu conjonctif rempli de vaisseaux sanguins engorgés. Mais nous savons que l'absence d'endothélium n'infirme pas le diagnostic de lymphangiome kystique : cet endothélium peut être détruit, il aurait pu se retrouver dans d'autres coupes ; d'autre part les caractères anatomiques et cliniques sont analogues à ceux des lymphangiomes vrais. Marfan n'a pas trouvé non plus de revêtement interne mais il insiste sur la présence de fibres musculaires lisses et d'amas lymphoïdes. C'est là une des caractéristiques des lymphangiomes et c'est ce qui nous a fait retenir cette observation.

ÉTIOLOGIE

Les circonstances dans lesquelles se développent les kystes de l'épiploon sont encore très obscures ; on ne peut guère que rassembler des faits sans pouvoir pour l'instant tirer de conclusion ferme.

Les lymphangiomes kystiques peuvent se rencontrer à tout âge ; nous voyons dans nos observations que les cas extrêmes concernent l'un un enfant d'un an, l'autre un vieillard de 70 ans. Cependant nous sommes frappé de la fréquence chez la femme et l'enfant. Des 64 observations que nous avons retenues, 22 concernent des enfants de moins de 10 ans, soit 33 %, 5 des adolescents de moins de 20 ans, de sorte que 40 % des cas se rencontrent chez des individus de moins de 20 ans. C'est là un argument de poids en faveur de l'origine congénitale des lymphangiomes kystiques, d'autant que bien souvent on note dans les observations que le ventre de l'enfant était gros dès la naissance, ou qu'il a pris un développement excessif dès les premiers mois de la vie. Certains nient l'origine congénitale en faisant remarquer que 60 % des cas se rencontrent chez l'adulte. En réalité, ceci ne doit pas paraître surprenant, car les lymphangiomes kystiques restent latents pendant une période assez longue, et ne sont découverts comme toutes les tumeurs bénignes abdominales, que si des troubles fonctionnels sérieux nécessitent une exploration soigneuse de l'abdomen.

Ces tumeurs semblent se développer plus spécialement chez la femme (66 % des cas dans nos observations). On n'en saurait donner d'explication satisfaisante à moins d'admettre que la congestion menstruelle et la grossesse favorisent le déve-

loppement de telles tumeurs. Ceci n'est d'ailleurs qu'une hypothèse sans fondement probant et ne s'applique pas à tous les cas.

Certains auteurs admettent le rôle de l'hérédité et du traumatisme dans la genèse de ces tumeurs. En fait aucune observation n'autorise une telle hypothèse, et il paraît évident que le traumatisme ne joue qu'un rôle minime et n'intervient que pour transformer un kyste séreux en kyste hématique. La rupture des vaisseaux sanguins se produit en effet de manière spontanée, car les vaisseaux de la paroi du kyste sont si dilatés que leur rupture est pour ainsi dire inévitable. Rien ne prouve par contre, l'influence du traumatisme sur la formation de la tumeur elle-même.

PATHOGÉNIE

Les théories les plus diverses ont été proposées pour expliquer la pathogénie du lymphangiome kystique du grand épiploon.

La première question qui se pose est de déterminer aux dépens de quel organe il se développe. Il est évident que tumeur endothéliale, le lymphangiome ne peut se développer qu'aux dépens de l'endothélium péritonéal, ou des vaisseaux et ganglions lymphatiques.

La présence d'éléments ganglionnaires tels qu'un tissu réticulé, des follicules lymphatiques, la ressemblance de la couche externe du kyste avec la corticale du ganglion permettent d'affirmer, au moins pour un grand nombre de cas, l'origine ganglionnaire. La présence de l'endothélium, de fibres élastiques et musculaires avec la même disposition que dans les vaisseaux lymphatiques, permet d'affirmer l'origine aux dépens des vaisseaux lymphatiques dans les autres cas.

Il est plus difficile d'expliquer le mécanisme de telles dégénérescences kystiques.

Si l'on excepte les très rares observations où l'on a pu se demander s'il ne s'agissait pas d'une dégénérescence kystique avec ramollissement central des ganglions lymphatiques tuberculeux ou non, les hypothèses s'ordonnent en deux grands courants : les lymphangiomes kystiques sont dus à une stase dans le système lymphatique pour les uns, à un trouble embryogénique pour les autres.

Rokitansky affirme que la stase suffit à provoquer la dégénérescence kystique dans tous les cas. Mais pour certains, il

s'agit d'une obstruction mécanique en un point quelconque du système lymphatique ; ils invoquent l'expérience de Wagener qui, remplissant d'air la cavité abdominale d'un animal, réussit à faire pénétrer cet air dans les lymphatiques ; ceux-ci s'obstruèrent et il en résulta la formation de gros kystes à parois proliférantes. D'autres estiment qu'un processus inflammatoire préside au développement des lymphangiomes : « L'exsudat en voie de formation sépare les feuillets du grand épiploon et détermine une néoformation kystique » (Schramm). Fisher part de son observation pour développer cette idée, que d'un foyer inflammatoire peut surgir une infection générale à localisation élective sur l'épiploon ; il en résulte une obstruction des lymphatiques et une formation de kystes. Pour d'autres au contraire, le processus inflammatoire agit directement pour provoquer l'oblitération ; il détermine une lymphangite desquamative et proliférante, l'endothélium proliféré produit d'abord une dilatation des espaces lymphatiques, puis en se desquamant obstrue les lymphatiques, et la stase n'intervient que pour favoriser la dégénérescence kystique.

De fait, le processus inflammatoire n'intervient guère que pour modifier l'aspect, le volume et les connexions de la tumeur.

En effet, l'absence de bases anatomiques n'est pas en faveur d'une telle hypothèse, et Dowd fait remarquer que la ligature du canal thoracique ne provoque pas de formations kystiques, par suite des nombreuses anastomoses et collatérales qu'on rencontre dans tout le département chylifère. C'est pourquoi, un grand nombre d'auteurs considèrent les lymphangiomes comme des tumeurs congénitales. Les faits cliniques sont plutôt en faveur de cette opinion d'autant que, comme le faisaient remarquer Lannelongue et Achard, l'épithète de congénital n'implique nullement la constatation à la naissance, mais le fait que les conditions déterminantes de leur formation existaient dès la vie utérine et que la pathogénie se rattache à un trouble de développement.

Sick, qui a bien étudié ces kystes, les considère comme des

vestiges embryonnaires qui n'auraient conservé que le pouvoir de former des vaisseaux lymphatiques. Il suppose une perturbation embryogénique de nature inconnue, avec isolement partiel d'un segment de lymphatique qui se développerait ultérieurement, doué alors d'une puissance anormale. Il estime que la présence de follicules lymphatiques est une extériorisation de la qualité embryonnaire du tissu du lymphangiome, d'autant qu'on ne peut nier son analogie avec le tissu lymphadénoïde de l'embryon. L'obstruction et la stase jouent un rôle ; mais ce rôle est secondaire, et n'aboutit qu'à augmenter le volume des kystes. Mais ce qui reste, reste inexpliqué et c'est l'essentiel, c'est la cause de l'isolement d'un segment lymphatique, la cause qui lui rend son activité (Lecène).

Enfin d'autres auteurs pensent qu'il s'agit d'un trouble évolutif au niveau des mésos d'accolement (Descomps).

Il est bien évident qu'on ne saurait rien affirmer en de tels sujets, et tout ce que l'on peut croire c'est qu'il s'agit de tumeurs qui doivent être rattachées à une anomalie de développement du système lymphatique. Encore le terme de tumeur est-il combattu par de nombreux auteurs qui, tout en reconnaissant la néo-formation de cavités, pensent que les lymphangiomes sont avant tout des malformations et tout au plus « à la fois des malformations congénitales caractérisées par l'ectasie et la transformation kystique, et des néoplasmes, par le fait qu'ils sont susceptibles d'accroissement par néoformation de cavités (Ombredanne).

SYMPTOMATOLOGIE

Il est difficile d'établir la symptomatologie des lymphangiomes kystiques du grand épiploon, car celle-ci ne dépend que de leur siège, de leur volume et de leurs connexions. D'autre part, ces kystes évoluent de manière si irrégulière et offrent des caractères si différents, qu'il est presque impossible de tracer un tableau d'ensemble de leurs caractères cliniques.

Bien que ces kystes se développent de préférence dans l'enfance, il faut savoir qu'ils se rencontrent à tout âge. Nous avons déjà longuement insisté sur ce point.

On peut arbitrairement diviser leur évolution en 4 périodes : période de latence, de début, d'état, de complications.

La période de latence est caractérisée par l'absence de signes fonctionnels et physiques. Cette période est variable mais souvent très longue. Elle s'étend le plus souvent sur plusieurs années, et il arrive même, dans des cas exceptionnels, que les kystes de l'épiploon restent latents toute la vie.

Le début est très insidieux. Il s'agit de douleurs abdominales vagues, sans siège précis, et ces signes sont si légers qu'ils ne retiennent guère l'attention du malade. Le volume du ventre augmente lentement, progressivement, sans que souvent il soit possible de percevoir la moindre tumeur. Cette période peut durer des années. Les signes fonctionnels se précisent en même temps que la tumeur s'impose à l'examen : C'est la période d'état.

Depuis Péan il est classique de dire que l'un des caractères importants des kystes de l'épiploon est l'absence de troubles fonctionnels. En réalité la moitié de nos observations comporte

des troubles plus ou moins importants. Encore devons-nous faire remarquer que de nombreuses observations ne contiennent aucun détail clinique.

A vrai dire, ces signes fonctionnels sont si peu variés qu'on pourrait affirmer que la douleur est le seul signe fonctionnel des kystes de l'épiploon. C'est une douleur ordinairement diffuse à tout l'abdomen, sans siège précis. Parfois cependant, elle se localise plus ou moins nettement dans une zone déterminée ; il s'agit alors de l'épigastre, de l'hypogastre, de la fosse iliaque gauche ; plus rarement la douleur siège dans la fosse iliaque droite. Notons donc que la douleur siège de préférence à gauche dans les kystes de l'épiploon alors qu'elle siège plutôt à droite dans les kystes du mésentère. C'est une douleur parfois continue. Le plus souvent, il s'agit de poussées douloureuses plus ou moins nettes. Généralement elles se traduisent par une sensation de gêne, de pesanteur, de tension : douleur intermittente et assez vague durant quelques jours comme il est noté dans le cas de Guillemot et Leveuf. Cependant dans quelques observations, on trouve de véritables crises douloureuses plus ou moins espacées, plus ou moins violentes, plus ou moins prolongées. C'est ce que nous verrons quand nous étudierons les complications. Tous ces signes paraissent devoir être rattachés à une poussée de péritonite plastique autour du kyste.

Contrairement aux kystes du mésentère, les signes gastro-intestinaux sont ici très rares. Les vomissements ne sont signalés que dans trois observations (Matthews, Gooding, Boyd) ; la constipation dans les observations de Cordero, Laurenti, Ryan. Encore s'agit-il d'adultes d'un certain âge dont la constipation n'est peut-être pas imputable au seul kyste de l'épiploon. La diarrhée n'est observée que par Laurenti chez un vieillard artérioscléreux ; elle survient par crises.

On peut donc admettre que les kystes de l'épiploon ne déterminent pas de troubles gastro-intestinaux.

Les troubles de la miction ne sont notés que par Hearn chez un enfant de 8 ans.

Par contre, dès que la tumeur a atteint un certain volume, elle détermine, comme il est habituel, des troubles respiratoires et cardiaques : une dyspnée plus ou moins marquée, et des irrégularités du rythme cardiaque par refoulement du diaphragme (Marfan, Matthews, Ryan).

Il est rare à cette période que l'état général soit absolument intact. Et de fait, dans un certain nombre d'observations l'état général était médiocre (Matthews). Le malade était amaigri, anémique, il avait perdu l'appétit. Guillemot et Leveuf signalaient même des oscillations thermiques entre 37° et 38° qui durèrent plusieurs jours. Ces poussées thermiques sont relevées par quelques observateurs comme un signe de péritonite plastique (Marfan, Jerlov).

Si les signes fonctionnels laissent assez perplexe, les signes physiques permettent dans la plupart des cas le diagnostic de tumeur kystique, par suite de la présence d'une masse importante qui augmente le volume du ventre, et attire immédiatement l'attention.

Le ventre est gros, énorme même : 1 m. 10 de circonférence à hauteur de l'ombilic dans le cas de Hearn. Il est rare que la distension soit légère, ou que la tumeur détermine une voussure nettement localisée. Il n'y a pas de circulation veineuse collatérale ; l'ombilic n'est pas déplissé ; il n'y a pas d'ascite. Marfan, Fisher, Péan sont seuls à signaler ces signes qui témoignent de troubles de la circulation profonde et ajoutent à la difficulté du diagnostic. Il y a une déformation frappante de la paroi ; celle-ci est refoulée en avant comme dans un kyste de l'ovaire, nullement étalée.

La tumeur est sentie dans les régions sus et surtout sous-ombilicales ; elle est mi-sus, mi-sous-ombilicale dans l'observation de Franck. Elle est généralement médiane et située entre l'ombilic et le pubis. Parfois elle est latérale ou à prédominance latérale ; sauf quelques cas, c'est le plus souvent à gauche qu'on la sent. Il est rare qu'elle remplisse complètement l'abdomen. Dans des cas plus rares elle plonge jusque dans

l'excavation pelvienne (Copello, Jerlov, Iselin) : elle peut être périutérine et n'être sentie que par le toucher vaginal (Kirschberg)

Le volume de la tumeur est variable, et ses dimensions varient de celle d'un œuf de poule à celle d'un utérus à terme. Cependant dans la plupart des cas, la tumeur est d'un volume important.

Elle est ronde, superficielle, régulièrement arrondie ou ovale, lisse, tantôt indolore, tantôt sensible à la palpation. Ses contours sont perceptibles à la palpation. La tumeur est d'une rénitence telle qu'il s'agit manifestement d'une collection liquide. La sensation de flot n'est obtenue que rarement (Braitwaite, Matthews, Marfan). Par contre, Laurenti, Outerbridge, Fisher, observent que la tumeur se présentait avec les caractères d'une dureté importante. Et Marinacci perçut un frémissement hydatique qui lui fit porter à tort le diagnostic de kyste hydatique. Tous ces caractères sont exceptionnels.

Le signe cardinal des kystes du grand épiploon est leur excessive mobilité. Ce signe est noté dans la plupart des observations ; cette mobilité si caractéristique est bien étudiée par Bernadet : « La tumeur était si mobile qu'on pouvait la faire passer de l'hypocondre à la fosse iliaque gauche, puis dans la région appendiculaire, puis sous le foie, enfin la ramener à son point de départ. Si on l'abandonnait en un point quelconque de l'abdomen, elle revenait d'elle-même au bout d'un temps assez long occuper sa place primitive ». Cependant, certains observateurs font remarquer que la mobilité existe mais limitée, soit latéralement, soit vers le bas (Ryan et Laurenti). Cette mobilité peut servir au diagnostic : Franck fait mettre au moment d'opérer son malade en position de Trendelenburg. La tumeur tomba du pelvis au diaphragme. L'origine pelvienne fut écartée, et le diagnostic probable de kyste de l'épiploon fut posé.

Cette mobilité est excessivement limitée et même supprimée dès que le kyste atteint un certain volume ou qu'il contracte d'importantes adhérences.

Cette tumeur est indépendante des mouvements respiratoires, sauf dans l'observation de Markœ.

Elle est mate, d'une matité absolue sur toute sa surface, au contraire des kystes du mésentère en avant desquels une bande de sonorité témoigne d'une masse intestinale interposée entre la paroi et le kyste. L'intestin, comme le remarquent Guillemot et Leveuf, est refoulé vers les régions épigastriques et hépatiques. La matité est fixe, indépendante de la position du malade. Aucun observateur n'a recherché s'il existait une zone de sonorité entre le pubis et la limite inférieure de la tumeur ; signe qui pour Tillaux excluerait l'origine pelvienne d'une tumeur abdominale.

Le toucher vaginal est indiqué chaque fois que le kyste plonge dans l'excavation pelvienne. Il permet de se rendre compte si la tumeur est indépendante des organes génitaux, et même de sentir une masse épiploïque, inaccessible au seul palper abdominal (Kirschberg, Jerlov, Iselin, Copello, etc.).

La ponction a été faite chaque fois que le kyste a été confondu avec une ascite. C'est un procédé à rejeter en raison des dangers auxquels il expose. L'examen du liquide ne permet d'ailleurs pas de poser un diagnostic exact.

La radioscopie, quand elle est faite, montre l'indépendance de la tumeur abdominale avec le tube digestif, le rein et ses annexes. Parfois, elle n'apporte aucune lumière pour le diagnostic.

ÉVOLUTION. COMPLICATIONS.

L'évolution est lente, progressive. Le kyste augmente de volume par poussées, poussées qui se traduisent cliniquement par des phénomènes douloureux plus ou moins sérieux, et après lesquels on peut constater l'augmentation de volume du kyste. Ce kyste pourrait se développer indéfiniment, si des complications dues précisément au volume de la tumeur ne venaient inquiéter le malade, et l'amener à consulter.

Nous avons parlé déjà de l'anémie, de l'amaigrissement, dus probablement à un trouble de l'assimilation par compression chylifère. L'ascite est une complication due à une gêne dans la circulation porte ou peut-être à une irritation du péritoine au contact de la tumeur. Ce sont là des complications très rares.

Mais il peut survenir au cours de l'évolution de certains kystes, des crises douloureuses abdominales violentes, si violentes qu'à leur propos se pose le diagnostic des crises douloureuses abdominales aiguës (Obs. Matthews, Peterson, Cordero, Jackson, Péan, Marinacci, Rochard, Bernadet.)

Pendant 3 jours, crise abdominale douloureuse, à siège épigastrique, avec constipation opiniâtre, plusieurs accès de vomissements, élévation de la température à 39° écrit Matthews. « Par la suite l'enfant eut de fréquentes crises douloureuses siégeant dans le flanc gauche ». Et Peterson, décrivant un état analogue, ajoute qu'il constata à la partie inférieure du ventre, une contracture de bois qui lui fit porter le diagnostic d'appendicite avec péritonite. Péan observa une péritonite avec tympanisme et dureté du ventre qui céda en quelques jours, pour se répéter

par la suite plusieurs fois. Marinacci rapporte que sa malade présenta une violente crise abdominale, sans vomissement ni température. Rochard décrit une crise douloureuse abdominale généralisée d'emblée, qui quelques heures plus tard sembla se localiser dans l'hypocondre gauche. Et Bernadet observa une crise abdominale avec un abdomen tendu dur, une défense musculaire assez marquée, et un pouls à 100. Tous ces phénomènes cédèrent en quelques heures sous l'action de la glace.

Tous ces accidents qui font discuter la plupart des syndromes douloureux de l'abdomen, semblent devoir être rattachés à l'inflammation du kyste, et surtout à une poussée de péritonite plastique péricystique.

Dans les observations de Cordero et Jackson, les kystes déterminèrent ici un syndrome d'obstruction intestinale, là un syndrome d'occlusion intestinale. C'est tout à fait exceptionnel.

La rupture du kyste n'est décrite que par Doran qui déclare que le kyste s'est rompu et reformé deux fois avant l'intervention opératoire, sans déterminer de complications sérieuses.

La torsion du kyste est exceptionnelle (Obs. de Girvin, Laurenti). Elle se traduit par de vives douleurs abdominales accompagnant un abdomen tendu, et une défense musculaire assez marquée.

Quant à la perforation de kyste, ou à sa dégénérescence maligne aucune observation ne les signale.

Il semble donc que les complications soient rares et proviennent avant tout du volume de la tumeur. Ce sont ces complications qui font tout le pronostic de ces tumeurs bénignes. Celles-ci évoluent lentement de longues années durant, sans jamais mettre en danger la vie du malade, sans même altérer l'état général de manière sérieuse.

DIAGNOSTIC

On sait de quelle difficulté est le diagnostic des tumeurs abdominales. Les lymphangiomes kystiques ne font pas exception à cette règle. De fait, le diagnostic est presque impossible avant l'opération : il n'y a pas un seul cas où le lymphangiome kystique ait été diagnostiqué avant l'opération. Mieux, il n'a été soupçonné que trois fois (Outerbridge, Marsh, Hearn).

Péan avait décrit trois points principaux de diagnostic : siège superficiel de la tumeur, absence de troubles fonctionnels, mobilité très grande mais limitée vers le bas.

Ces points nous paraissent essentiels, malgré les réserves que nous avons faites plus haut en ce qui concerne les troubles fonctionnels.

Le cadre de ce travail ne permet pas un exposé complet des affections abdominales avec lesquelles le kyste peut être confondu, nous nous bornerons à donner les principaux éléments de chacune.

Quand le kyste se développe chez l'enfant, l'ascite tuberculeuse est l'erreur de diagnostic la plus fréquente, d'autant que la minceur des parois du kyste lui permet de s'insinuer dans tous les coins de la cavité abdominale, et de simuler un épanchement libre. De plus, on n'a pas toujours la sensation d'un liquide enkysté. Cependant, la péritonite tuberculeuse est rare avant 4 ans. La matité de l'ascite varie suivant la position de l'enfant. L'état général n'est pas très conservé ; une cuti-réaction positive chez un tout jeune enfant a une grosse valeur diagnostique. Si la cuti-réaction est négative, on peut conclure qu'il ne s'agit certainement pas d'une ascite tuberculeuse. Mais

l'erreur est malgré tout difficile à éviter en raison de ce fait que les kystes épiploïques sont très rares, l'ascite tuberculeuse fréquente, et du fait que la palpation ne donne pas toujours la sensation d'un liquide enkysté dans les lymphangiomes de l'épiploon.

C'est avec le kyste de l'ovaire que l'erreur est commise le plus souvent, quand une tumeur kystique se développe chez une malade du sexe féminin, surtout si le kyste de l'épiploon est bas situé. C'est l'erreur que nous avons relevée dans la plupart des observations, les kystes de l'épiploon frappant plus particulièrement la femme. C'est l'erreur presque inévitable, si la tumeur siège ou plonge dans le petit bassin, ou si les signes rappellent la torsion du pédicule du kyste de l'ovaire. A vrai dire, le kyste de l'ovaire se développe de bas en haut, les kystes de l'épiploon de haut en bas, les kystes de l'ovaire se relèvent difficilement, les kystes de l'épiploon s'abaissent difficilement. Mais ce sont là des nuances et le diagnostic reste très délicat dans la plupart des cas.

Le kyste hydatique du foie est facilement reconnu, car sa matité se continue avec celle du foie sans interposition sonore. Le frémissement hydatique est un signe pathognomonique, au point qu'il a fait faire une erreur de diagnostic à Marinacci qui a trouvé ce signe dans un kyste de l'épiploon ; la notion de poussées d'urticaire, d'état de choc, d'éosinophilie sanguine aident considérablement au diagnostic ainsi que l'intradermo-réaction de Casoni.

Le kyste du pancréas siège dans la région épigastrique à gauche de la ligne médiane. Il suit dans une certaine mesure les mouvements respiratoires ; l'amaigrissement rapide, les signes de déficit pancréatique, les vomissements incoercibles, permettent quand ils existent le diagnostic. Ces kystes sont excessivement douloureux, ils sont de volume peu marqué, et de consistance ferme.

Le kyste de la rate siège dans l'hypocondre gauche, suit les mouvements respiratoires, et ne présente pas de mobilité très étendue.

Le kyste du rein siège sous les rebords costaux. Ce n'est pas une tumeur superficielle. Il est recouvert par une zone de sonorité ; en arrière on a le contact lombaire. D'autre part on ne peut pas le faire passer d'un côté à l'autre de l'abdomen.

L'hydronéphrose présente les mêmes caractères. De plus, les débâcles urinaires amènent une diminution de la tumeur. La cystoscopie et surtout le cathétérisme des uretères peuvent fournir un appoint au diagnostic que confirmera la pyélographie.

Le rein mobile ne forme pas une tumeur superficielle. Sa consistance est ferme. Malgré sa mobilité très grande, il ne peut passer de l'autre côté de l'abdomen. La fosse rénale est vide du côté correspondant.

Le kyste du mésentère est fréquemment confondu avec celui de l'épiploon. Il est d'ailleurs plus fréquent que celui-ci. Nous avons indiqué les signes différentiels en décrivant la symptomatologie des kystes de l'épiploon. Rappelons que les kystes du mésentère provoquent souvent de gros troubles fonctionnels gastro-intestinaux, en particulier des vomissements facilement incoercibles, une constipation opiniâtre allant jusqu'à l'obstruction, et même l'occlusion intestinale. La mobilité des kystes du mésentère est très grande dans tous les sens. Ces kystes sont périombilicaux et siègent de préférence à droite de la ligne médiane. Entre eux et la paroi se trouve la masse intestinale grêle, de sorte que la percussion dénote une zone de sonorité en avant de la tumeur. Ce signe est pathognomonique des kystes du mésentère.

Les kystes de l'ouraue sont très rares, de petit volume, et peu mobiles. Il n'existe pas de mobilité verticale et la mobilité transversale est limitée.

Les kystes rétropéritonéaux sont plutôt sus-ombilicaux et sont séparés de la paroi par une zone tympanique due à l'interposition de l'estomac. Ils sont rarement douloureux, ils ne sont jamais mobiles.

Quand le diagnostic de tumeur kystique de l'épiploon

est posé, il reste un certain nombre de tumeurs à éliminer.

Le lipome, qui est assez fréquent, parfois fluctuant ou plutôt pseudofluctuant. Mais il est lobé, irrégulier, sa mobilité disparaît très rapidement.

Le sarcome kystique qui apparaît à un âge avancé est dur, irrégulier, n'est pas fluctuant ; il est peu ou pas mobile, il s'accompagne rapidement d'une ascite hémorragique, d'un œdème des membres inférieurs, et d'une cachexie importante qui ne permet pas l'erreur.

Le kyste hydatique : en réalité, il s'agit presque toujours de kystes secondaires au kyste hydatique du foie. Quand ils sont primitifs, ils sont multiples, petits, disséminés sur l'épiploon, prenant parfois l'aspect de tubercules miliaires. Le kyste est caractérisé au microscope par une membrane cuticulaire, puis prolifère granuleuse, liquide eau de roche contenant des vésicules-filles et des scolex invaginés.

Les kystes cysticerques n'ont jamais été signalés au grand épiploon. La paroi est caractérisée par un simple tissu conjonctif. Le liquide est plus ou moins trouble contenant invaginé le scolex.

Disons pour terminer que les crises douloureuses signalées plus haut posent le diagnostic des syndromes douloureux de l'abdomen : péritonite, torsion du kyste, rupture du kyste, occlusion intestinale, etc...

Il s'agit donc d'un diagnostic très délicat, en particulier avec l'ascite tuberculeuse et les kystes de l'ovaire. Et il est probable que, devant une tumeur abdominale kystique, on ne pourra guère faire mieux que de soupçonner un kyste de l'épiploon, si celui-ci répond aux trois points de diagnostic de Péan que nous avons rappelés plus haut.

TRAITEMENT

Le seul traitement des lymphangiomes kystiques du grand épiploon est l'intervention chirurgicale, seule méthode qui offre toute garantie d'une guérison rapide et définitive.

La ponction a été pratiquée autrefois, mais les récurrences sont si fréquentes, qu'il ne s'agit que d'un ajournement de l'acte opératoire. De plus, le trocart peut blesser une anse intestinale, perforer un des volumineux vaisseaux de la surface du kyste. La ponction présente trop de dangers, les résultats opératoires sont trop satisfaisants pour qu'on puisse hésiter.

L'extirpation du kyste est la seule méthode tentée par tous les chirurgiens. L'opération est facile, particulièrement dans les kystes extra-épiploïques.

L'épiploon se laisse libérer par un simple clivage à la main. Le kyste est enlevé sans difficulté. Fermeture de la paroi, guérison. Telle est l'évolution habituelle qu'on retrouve dans la plupart des observations. Mais il importe de ne pas laisser de petits kystes, que seule une exploration systématique et méthodique de la cavité abdominale permet de trouver.

Mais l'extirpation est parfois difficile par suite du volume du kyste, et surtout de ses adhérences à l'épiploon, à l'intestin, à l'estomac, à la vessie. Il faut parfois réséquer l'épiploon en totalité ou en partie. Mais si étendue que soit cette résection, elle n'a jamais de suites graves. « Le kyste est si adhérent à la vessie qu'il faut disséquer aux ciseaux » (Franck). Il n'est pas toujours facile de libérer les adhérences, particulièrement quand elles relient le kyste à un viscère (Wakefield).

C'est pourquoi, quand le kyste est d'un volume excessif, que

des adhérences intimes le relie au tractus digestif, ou que le mauvais état général interdit toute intervention de longue durée, il faut recourir à la marsupialisation. C'est ce à quoi Marinacci fut contraint par suite de grosses adhérences au mésocôlon qui empêchaient l'énucléation. Il marsupialisa, après avoir extirpé la majeure partie de la paroi kystique. C'est là un cas d'exception, le seul cas où la marsupialisation fut faite. Elle fut suivie également de guérison.

Les suites opératoires sont bonnes, et la guérison est définitive, autant qu'il est permis d'en juger par les observations. Le pronostic opératoire est excellent : aucun cas de mort n'est signalé. Tout concourt donc pour exiger l'intervention chirurgicale aussitôt le diagnostic posé.

Cependant, l'opération peut être techniquement impraticable par suite d'adhérences trop intimes aux intestins et à la vessie ; ou bien l'extirpation totale est impossible, en raison de la multiplicité des kystes. C'est ce qui s'est produit pour les malades de Jerlov. Celui-ci a eu l'idée de faire des rayons X sur la tumeur kystique ; il eut la surprise de constater que ces tumeurs diminuaient considérablement puis disparaissaient totalement. Quatre ans après, la guérison se maintenait.

Ces tumeurs pourraient donc être très radiosensibles. « Elles ont disparu après des doses loin au-dessous de celles qu'on emploie dans les cancers utérins. Elles correspondent aux doses efficaces des cancers de l'ovaire inopérables ». Et Jerlov conclut que dans les cas de ce genre, il faut enlever la plus possible de kystes, terminer rapidement l'opération, et faire de la radiothérapie.

OBSERVATIONS

I. — Lymphangiomes kystiques du grand épiploon.

GUILLEMOT, LEVEUF (Société de Pédiatrie, Paris, avril 1933).

Garçon de 4 ans, entre dans le service du Dr Guillemot pour douleurs abdominales, qui accompagnent une augmentation de volume de l'abdomen.

L'enfant avait toujours eu un ventre assez gros ; cependant l'attention de la mère n'a été attirée sur le développement insolite de l'abdomen qu'il y a un an. L'enfant ne se plaignait alors de rien.

En novembre 1932, il accuse des douleurs assez vagues dans le bas ventre, sans aucun autre symptôme. La mère dut le garder 5 jours à la maison.

Par la suite, l'enfant se mit à pâlir, et maigrir. En 3 semaines, le poids passa de 16 kgr. 400 à 15 kgr. 400. Au début de janvier, deuxième crise analogue à la première. C'est alors que l'enfant est envoyé à l'hôpital. Il est fatigué, amaigri, mais mange volontiers, ne vomit pas, a des selles normales.

Son abdomen est volumineux. Distendu comme il l'est dans la région prœombilicale principalement, le ventre pointe en avant. La palpation donne l'impression d'une tumeur largement fluctuante. En la percutant, on constate qu'elle est mate, et que cette matité ne se déplace pas avec les changements de position du malade. La masse intestinale semble refoulée vers les régions épigastrique et hépatique, qui sont le siège d'une sonorité très marquée.

Pendant la première semaine de son séjour à l'hôpital, l'enfant présente des oscillations thermiques, qui vont de 37° le matin, à 38° et 39° le soir. Puis la température revient à la normale.

La première impression est qu'il s'agit d'une ascite enkystée.

La mère a une laryngite chronique, et la cuti-réaction est positive chez l'enfant. Cependant, la déformation nette de la paroi et la sensation de tumeur légèrement résistante, font porter le diagnostic de tumeur kystique.

Le toucher rectal montre un bassin vide. Les urines sont normales, mais il n'est pas possible de faire un cathétérisme urétéral pour éliminer le diagnostic peu vraisemblable d'hydronéphrose. Un lavement baryté montre que le côlon se remplit normalement. Le cæcum est légèrement refoulé en haut et à droite.

L'intervention est pratiquée le 31 janvier 1933, par le Dr Leveuf.

Dès l'ouverture de l'abdomen, on constate l'existence d'un gros kyste siégeant au-dessous du côlon transverse, et recouvert par le gros épiploon. Il n'y a pas de liquide libre dans la cavité péritonéale. L'épiploon se laisse assez facilement libérer par simple clivage à la main. Aucun vaisseau ne saigne. Une petite ligature est mise sur une frange d'épiploon qui a été déchiquetée. Mais on ne constate aucun pédicule vasculaire allant de l'épiploon à la tumeur. La libération de l'épiploon terminée, le kyste est en quelque sorte cueilli et enlevé. Il ne présente aucune adhérence, ni avec l'intestin grêle, ni avec la paroi postérieure de l'abdomen.

Après avoir extirpé le gros kyste, on trouve deux petits kystes gros comme des grains de raisin, entièrement libres dans la cavité péritonéale. Le foie est normal à la vue et à la palpation.

Fermeture de l'abdomen sans drainage, et guérison sans incident.

Ce kyste est très volumineux : 14 cm. de hauteur, sur 11 cm. de largeur. La surface extérieure est blanche et lisse en certains points. En d'autres endroits flottent à la surface quelques adhérences qui semblent d'origine épiploïque. En un point enfin on voit, incluses dans la paroi du kyste, mais saillant en surface, 4 ou 5 petites vésicules analogues à celles recueillies dans l'abdomen.

A l'ouverture du kyste, s'écoule un liquide jaune-citron, un peu louche, n'ayant en rien l'aspect du liquide hydatique. Un examen montre d'ailleurs qu'il n'y a pas de crochets.

Le kyste est uniloculaire, sa paroi est mince. La surface interne est légèrement tomenteuse. En certains points, adhérent quelques flocons fibrineux.

Des fragments sont prélevés pour l'examen histologique, au point où il existe des vésicules incluses dans la paroi. Nous avons eu recours

aux conseils éclairés de M. Moulonguet et de M. Leroux. Tous deux ont abouti à la même conclusion : lymphangiome kystique. Le fragment examiné, montre la paroi d'une vaste poche dépourvue d'épithélium interne, et comportant en bordure, de nombreux cristaux d'acide gras, autour desquels s'est développée une réaction inflammatoire de corps étrangers. La paroi elle-même est faite d'un tissu conjonctif dense, parsemé de nombreux orifices vasculaires, et de quelques amas lymphoïdes avec centres germinatifs. Cette paroi se continue insensiblement en dehors, par un tissu conjonctif creusé de vastes cavités tapissées par un endothélium et d'une infinité d'orifices vasculaires contenant des globules rouges.

L'ensemble de ces cavités, petites et grandes, réalise l'image typique d'hémolymphangiome. La desquamation de cellules endothéliales avec dégénérescence graisseuse progressive peut être suivie dans ses différentes étapes en divers points de la préparation.

La structure des deux petits kystes est analogue à celle du kyste inclus dans la paroi du grand kyste. Ce sont aussi des lymphangiomes. Ainsi, il s'agit d'un volumineux hémolymphangiome kystique. Les connexions exclusives que présentait ce kyste avec l'épiploon, laissent présumer que la tumeur provient de l'épiploon lui-même.

WAGENER (Nederl. Tijdsch. w. gen., 1902).

Tumeur du gland épiploon qui se composait de différentes cavités et contenait un liquide hématique. La paroi était formée de tissu conjonctif, au milieu duquel se trouvaient de nombreux follicules lymphatiques. Les plus petites cavités étaient revêtues d'endothélium.

Bien que Wagener fit le diagnostic d'angiome caverneux, il nous a semblé que la présence des follicules lymphatiques et d'endothélium justifiait davantage le diagnostic de lymphangiome.

SEEFISCH (Deutsche med. woch., 1909).

Enfant de 4 ans. Tuméfaction considérable de l'abdomen, survenue progressivement et dont le début remonte à 4 mois. Etat général assez précaire. Gros amaigrissement.

Diagnostic : ascite tuberculeuse.

Opération : pas d'ascite. Enorme kyste à parois minces du grand épiploon, développé en partie dans l'arrière-cavité des épiploons, et fixé par un mince pédicule de la grosseur d'un crayon au côlon transverse.

Contient 3 litres de liquide hématique.

Guérison.

Microscopiquement : grande quantité de globules rouges encore vivants, cristaux de cholestérine nombreux. La paroi est constituée par un tissu conjonctif, recouvert sur ses deux faces d'un endothélium.

MATTEWS (Brit. med. Journ., 1905).

Enfant de 8 ans. Depuis 9 mois, vague douleur abdominale, principalement à gauche. Distension progressive de l'abdomen. Dyspnée d'effort. Pas de traumatisme.

Examen : état général médiocre. Abdomen très volumineux. 67 cm. de circonférence à l'ombilic. Matité absolue sauf dans l'hypogastre et les flancs. Matité fixe. Sensation de flot.

Ponction : liquide brun-rouge. Globules rouges. Quelques leucocytes et cellules endothéliales. Nouvelle ponction 6 mois après : mêmes caractères.

Quelques mois après, violente douleur épigastrique, plusieurs accès de vomissements. Température à 39°. Pendant 3 jours, vomissements bilieux, constipation mais non obstruction. L'enfant avait des crises douloureuses fréquentes dans l'abdomen, généralement dans le flanc gauche.

Opération : kyste contenant 3 litres de liquide brun foncé, situé au-devant de l'intestin, légèrement adhérent au péritoine pariétal, sur la ligne médiane, au-dessous de l'ombilic, ainsi que dans le flanc droit, rattaché par un fort pédicule au grand épiploon.

Guérison.

L'examen histologique fit conclure à un lymphangiome.

GRAUSMANN et JAFFE (Annals of surgery, 1928).

Homme de 44 ans. Depuis quelques mois se plaint d'une douleur dans le quadrant inférieur gauche de l'abdomen.

L'examen est négatif sauf que l'on note une sensibilité diffuse dans tout l'abdomen, mais surtout dans le quadrant inférieur gauche. Température normale.

Opération : gros kyste attaché à la face inférieure du foie et de l'intestin. La masse était intraépiloïque. On la sépare aussi complètement que possible de ses attaches. Le reste du péritoine et des viscères abdominaux semble normal.

Tumeur formée de plusieurs masses kystiques. Deux, de $6 \times 7 \times 2$, irrégulières, les autres plus petites. En fait la tumeur est constituée par une centaine de kystes isolés et communicants, de 1 à 2 mm. de diamètre. Paroi lisse de 1 mm. d'épaisseur. Ce contenu est une substance épaisse comme de la gelée.

Examen histologique : une dilatation irrégulière, sinuëuse, des lymphatiques constitue la lésion prédominante. Quelques-uns de ces espaces sont vides, d'autres remplis d'une substance granuleuse. Un endothélium limite ces espaces, mais par places, les cellules sont hypertrophiées et entassées sur 2 à 3 assises. Au-dessous de l'endothélium, une structure conjonctive, avec des vaisseaux sanguins et de nombreux lymphatiques néoformés. Il s'agit de lymphatiques plexiformes limités par un endothélium hyperplastique, constitué de 3 à 4 assises de cellules. Le stroma entre ces canaux est presque œdémateux et contient quelques lymphocytes et de nombreux leucocytes. Ailleurs, l'infiltration leucocytaire est beaucoup plus marquée. On l'interprète comme une réaction inflammatoire, due à une compression légère.

Les plus gros kystes étaient limités par l'endothélium, endothélium hypertrophié, ou disposé sur plusieurs assises. Dans quelques kystes, on note une prolifération évidente avec projection du processus papillaire dans la lumière.

En somme, dans un mésenchyme presque indifférencié, dilatation de lymphatiques limités par un endothélium. Là où les kystes deviennent très gros, l'endothélium est graisseux ou absent. Juste au-des-

sous de l'endothélium bordant, infiltration lymphoïde diffuse, avec par places des follicules lymphatiques.

WAKEFIELD (Surgery gynec. and obstetrics, may 1907).

Garçon de 4 ans, ventre énormément distendu. Pas d'autres signes. Voilà deux ans que l'on remarque l'augmentation progressive du volume de l'abdomen.

Opération : masse kystique plus grosse qu'une tête adulte, adhérente à la grande courbure de l'estomac de manière si solide, qu'on ne peut l'en séparer sans danger de la blesser. Il s'agit de kystes développés dans l'épiploon gastrocolique. Une petite masse kystique de la dimension d'un œuf de poule est trouvé attaché à la tête du pancréas, une autre, grosse comme une noisette, est attachée à la séreuse gastrique, à quelque distance de la tumeur principale. Celle-ci est formée de nombreuses loges kystiques, de dimensions variées, de parois minces, transparentes.

Le liquide est clair, jaune paille, de réaction neutre, coagule à la chaleur sous l'action de l'acide acétique. Dans quelques cas, on trouve de nombreux cristaux de cholestérine, dans d'autres, des hématies, des leucocytes.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'une tumeur composée de nombreuses cavités de dimensions variables, et reliées par un tissu mésoblastique. Ces cavités sont vides, ou remplies d'une substance granuleuse. Parfois la paroi est limitée par des cellules épithélioformes aplaties. Le plus souvent elle est faite de cellules géantes de différentes dimensions. Le stroma interkystique est constitué par un tissu conjonctif lâche, contenant des vaisseaux sanguins, un amas de petites cellules rondes. Par places, on note des fibres musculaires lisses, et l'on trouve épars des polynucléaires.

KAHUSCHKIN (Zentralblatt. f. Chir., février 1908).

Femme de 28 ans. Il y a 5 mois, on lui a trouvé une tumeur du bas-ventre, pour laquelle on a hésité entre tumeur de l'épiploon, et kyste de l'ovaire gauche.

Opération : épiploon solidement adhérent aux organes génitaux et aux intestins, semé de kystes de la grosseur d'une lentille à celle d'une noix. L'annexe gauche était complètement soudée à la tumeur. Résection de l'épiploon en partie. Ablation des annexes, de l'utérus et des kystes.

Il s'agit de lymphangiomes qui par certains endroits présentent des altérations d'origine inflammatoire, ou de dégénérescence graisseuse. Par endroits on trouve des canaux avec cellules épithéliales cylindriques.

STILLMANN (Journ. Americ. Med. Association, août 1914).

Femme de 42 ans. La tumeur fut découverte par elle-même il y a 4 ou 5 ans. Elle augmente progressivement depuis quelques mois.

La malade souffre de douleurs vives plus marquées à l'épigastre que dans le pelvis.

La tumeur, de la dimension d'une tête d'adulte, est attachée à l'utérus et est d'une mobilité extrême. Le diagnostic de myofibrome de l'utérus est posé.

Opération : le fibrome pédiculé est également rattaché à l'épiploon par un gros pédicule. Entre les feuilletts du grand épiploon on trouve une quantité de kystes allongés aux parois excessivement minces, allant de 1 à 2 pouces de diamètre. Distribués à travers l'épiploon, certains approchaient le bord inférieur du côlon transverse. Ils sont de dimensions variables. L'épiploon gastrocolique était également affecté mais moins. La dilatation kystique ne dépassait pas la grosseur d'un crayon. Le volume total de l'épiploon était considérable. Il existait une dilatation considérable des vaisseaux sanguins dont la plupart atteignaient le volume d'un crayon. On enlève l'épiploon en entier.

Les kystes présentent tous les mêmes caractères : paroi mince, transparente, limitée par un endothélium. Liquide clair ou rose. Réaction neutre, coagule à la chaleur. Au microscope : lymphocytes. Polynucléaires et globules rouges en proportion variable. Ces kystes sont séparés par une membrane excessivement mince. Ils sont lobulés ou sacciformes, comparables à un côlon distendu, comme dans le cas princeps de Gairdner en 1857.

BRIGHAM (de San Francisco, cité par Stillmann, sans références).

Femme de 30 ans, se découvre une tumeur abdominale il y a 3 ans. Depuis, celle-ci augmente progressivement sans déterminer aucun trouble.

Examen : tumeur solide mais élastique, de la dimension d'un poing, mobile en tous sens, située à gauche et au-dessous de l'ombilic. Aucune attache à l'utérus et aux ovaires qui paraissent normaux.

On diagnostique un kyste de l'ovaire, ou de l'épiploon à long pédicule, en raison de l'absence de troubles fonctionnels et de la très grande mobilité.

Opération : kyste multiloculaire du grand épiploon dont on enlève une grande partie. Pas de pédicule. Liquide jaune paille, environ un litre ; n'a pas été examiné.

Parois minces recouvertes d'endothélium sur les deux faces.

FRANK (The American Journal of obstetrics, mars 1913).

Femme de 28 ans, 2 enfants. A la naissance du dernier, hémorragie profuse qui fait penser à un fibrome. 2 mois après : prolapsus utérin, réduit par un pessaire. Il y a 7 mois, on note une tumeur à la partie inférieure de l'abdomen. Cette tumeur augmente progressivement. Pas de troubles vésicaux, mais écoulement vaginal abondant et fétide, attribué au port du pessaire. Bonne santé apparente.

Examen : tumeur kystique médiane du volume de 2 poings, mi-sus, mi sous-ombilicale. Au toucher vaginal, on sent de nombreux nodules kystiques qui remplissent le pelvis. Pas d'ascite.

On pose le diagnostic probable de kyste de l'ovaire inclus dans le ligament large.

Au moment d'opérer, on constate que la tumeur est mobile, mais d'une mobilité limitée. En position de Trendelenburg, la masse semble tomber du pelvis au diaphragme, et ceci nous fait penser qu'il s'agit peut-être d'un kyste de l'épiploon.

Opération : kyste multiloculaire de l'épiploon, et nombreux kystes du péritoine, cæcum, intestin grêle, mésentère, utérus, ligament large, trompes, ovaires. Ces kystes sont facilement séparés les uns des

autres. Il existe des adhérences à la paroi pariétale, et aux autres organes. Le plus gros kyste est celui du gros épiploon. La paroi de ces kystes est mince. Leur dimension varie de celle d'un pois, jusqu'à un œuf de poule. Ovaires, utérus, semblent normaux. La vésicule biliaire est attirée en bas par un kyste qui lui adhère intimement.

Guérison complète en 15 jours.

Examen de la tumeur : tumeur de forme globuleuse, remplie d'une substance fluide, légèrement opalescente. On n'a pas trouvé de scolex dans le liquide kystique. Les kystes sont réunis par un tissu conjonctif très vascularisé.

Histologiquement : la substance colloïde qui remplit le kyste est homogène. Le stroma conjonctif contient de nombreuses cellules, de nombreux vaisseaux sanguins. Parois minces, et des espaces probablement lymphatiques, limités par des cellules endothéliales.

OUTERBRIDGE (Annals of Surgery, décembre 1914).

Femme de 34 ans, présente depuis 8 ans, une grosse tumeur abdominale, dure, s'étendant jusqu'au-dessus de l'ombilic.

Le diagnostic de fibrome utérin est posé.

Opération : utérus un peu gros, bosselé. A son fond s'attache une tumeur de la dimension d'une tête d'homme, mais elle est rattachée et contenue dans le grand épiploon. Nombreuses adhérences intestinales. Ablation de l'utérus et de l'ovaire droit. Ablation de l'épiploon, après ligature des vaisseaux.

Guérison parfaite.

Examen des pièces : utérus rempli de nodules intra-pariétaux. La grosse tumeur a la forme d'un rein, elle mesure $22 \times 16 \times 6$. Hydrosalpinx bilatéral. L'ovaire droit contient un petit kyste lutéinique.

Tout autour de l'épiploon, intimement unies, masses kystiques à paroi mince, de dimensions variables. De plus, on trouve un chapelet de kystes beaucoup plus petits, intimement serrés contre les gros vaisseaux sanguins, en plein centre de l'épiploon. Liquide kystique clair comme de l'eau.

La paroi de ces kystes est constituée par un tissu conjonctif lâche, contenant de nombreux capillaires sanguins dilatés, et infiltré d'une foule de petites cellules rondes disséminées. Chaque coupe montre dans le stroma une couche isolée de cellules plates, fortement sugges-

tives de l'endothélium des lymphatiques. Ceci est constant. En denombreaux endroits, le septum contient de nombreux petits espaces, à limitation endothéliale, qui nous semblent des capillaires lymphatiques dilatés. Il y a une continuelle graduation entre ceux-ci et les plus gros kystes, de sorte qu'on peut affirmer que le processus tout entier a son origine dans une dilatation kystique des lymphatiques.

PETERSON (Annals of Surgery, juillet 1932).

Enfant de 4 ans, se plaint de douleurs abdominales et de fièvre. Pas de vomissements. Selles normales.

Examen : l'enfant paraît malade. Lèvres fuligineuses. Légère distension abdominale avec douleur nette et contracture de bois à la partie inférieure du ventre. Il est impossible de faire un examen sans anesthésie.

Diagnostic : appendicite aiguë avec péritonite.

Opération : kyste du gros épiploon, enlevé facilement. Appendice sain. Guérison. Masse kystique lobulée, bien encapsulée, multiloculaire. La paroi a 2 ou 3 millimètres d'épaisseur.

Microscopiquement : paroi limitée par un endothélium, de cellules tout à fait hyperplastiques. En de nombreux endroits, dans une structure fibreuse et lâche, véritable infiltration de polynucléaires.

BORCHERS (Brun's Beitrage zur Klinische Chirurgie, 1920).

Garçon de 4 ans 1/2. Distension progressive de l'abdomen. Pas le moindre signe fonctionnel. On admet la possibilité d'un kyste intra-abdominal.

Examen un an après : la tumeur remplit entièrement l'abdomen. Circonférence à hauteur de l'ombilic : 74 cm. Ascite libre. La tumeur est mate. Pas de signes de tuberculose, pas de température.

Ponction : petite quantité de liquide brunâtre contenant de l'albumine.

Il est impossible de faire un diagnostic.

Opération : abdomen rempli entièrement de kystes développés dans le grand épiploon, le long du côlon transverse.

Guérison en 18 jours.

Macroscopiquement : kystes de tout calibre. Certains communi-

quent entre eux. L'ensemble est recouvert des 2 feuillets du grand épiploon, et celui-ci doit être ouvert avant d'arriver au kyste.

Liquide trouble, brunâtre, se gélatinise en partie par le refroidissement, se coagule à la chaleur, donc riche en albumine. Réaction alcaline, nombreuses cellules en dégénérescence graisseuse, et nombreux cristaux de cholestérine. Dans les sédiments du liquide : nombreux lymphocytes, cellules en dégénérescence graisseuse, cristaux de cholestérine.

Histologiquement : tissu lâche, avec nombreuses cavités de dimensions variables, revêtues d'endothélium plat. Parfois celui-ci manque. Les cavités sont ou vides ou remplies de lymphocytes ou d'hématies. Par ailleurs on trouve des lymphatiques de forme normale. Par endroits, fibres musculaires entrecroisées. Tout à fait particulière est la richesse en cellules rondes mononucléaires, dans l'ensemble de la préparation. Parfois elles sont groupées entre elles, et ressemblent à des follicules lymphatiques ce qu'elles constituent en vérité. Dans chacun de ces follicules on remarque nettement un noyau central. De tels groupes sont nombreux. Particulièrement remarquables sont les faisceaux musculaires plats qui s'étirent sous la paroi interne du kyste. Un revêtement endothélial ne se trouve dans les gros kystes qu'après de minutieuses recherches. On ne trouve que peu de filaments élastiques.

GIRVIN (Annals of Surgery, décembre 1921).

Femme de 39 ans. Depuis 3 ans, présente une tumeur abdominale. Les derniers mois, elle a subi de fortes crises douloureuses abdominales et plusieurs crises légères, que l'on attribue à la torsion du pédicule de la tumeur.

Opération : épiploon très épaissi. Dilatation des vaisseaux, dont l'un est aussi gros que le petit doigt. Tout autour de ce vaisseau, série de kystes, dont la dimension variait de celle d'un gros pois à celle d'un petit œuf. Ces kystes sont sous tension. Le bord inférieur de l'épiploon adhère à une tumeur fibreuse, sous séreuse, pédiculée, du côté gauche de l'utérus. Le pédicule de cette tumeur était tordu sur lui-même trois fois, de sorte que la circulation était interrompue, et qu'il était entièrement nourri par l'épiploon. Epiploon détaché. Liga-

ture. Ponction. La tension était si grande que le liquide jaillit à 5 ou 6 pieds. Reposition de l'épiploon. Hystérectomie avec ablation des trompes et des ovaires qui étaient nettement kystiques. Fermeture sans drain. Guérison.

Examen du kyste : paroi constituée par un tissu caractérisant l'épiploon, où courent de nombreux vaisseaux à paroi mince. Ceux-ci sont uniformément limités par une assise de cellules endothéliales plates. Ces vaisseaux contiennent une substance homogène caractéristique de la lymphe. L'image est celle des formations lymphangiomateuses.

GÖDEL (Frankfurt f. pathology, 1922).

I. — Homme de 40 ans opéré pour une hernie inguinale irréductible. Rien dans les antécédents, sauf un gros traumatisme abdominal. Il fut pressé contre un mur, par une jument, et ressentit quelques jours des douleurs intestinales. Digestion difficile. Depuis quelque temps, son ventre grossit.

Examen : hernie inguinale ; irréductible. Une tumeur élastique s'étend entre l'ombilic et le pubis.

Opération : on trouve dans le sac herniaire, une masse de kystes de différentes grosseurs. Par le canal herniaire, cette masse se prolongeait dans l'abdomen. Le gros épiploon se trouve rempli de gros et petits kystes ; mêmes formations kystiques, mais plus petites sur le péritoine pariétal et les viscères.

Résection de l'épiploon. Guérison en 15 jours.

Examen des pièces : kystes multiloculaires ressemblant à une grosse grappe de raisins. Les kystes sont de différentes grosseurs, depuis celle d'une noix, jusqu'à celle d'un œuf. De plus, il s'en trouve une foule, ne dépassant pas le volume d'une tête d'épingle. Ces kystes sont souvent isolés ou pourvus d'un long pédicule. Tous sont ronds, à paroi mince, transparente, parfois opaque, avec un liquide clair. Il ne semble pas qu'il y ait communication entre les kystes. L'examen du liquide dévoile une grosse quantité d'albumine, nucléo-albumines et protéïdes. Pas de mucine ou pseudomucine.

II. — Homme de 32 ans. Douleurs abdominales d'intensité variable depuis 2 ans.

Examen : légère douleur à la palpation qui découvre une tumeur sus-ombilicale.

Laparotomie : nombreux kystes gros et petits dans la portion droite de l'abdomen, du péritoine pariétal et viscéral, et surtout du gros épiploon. Ablation des kystes, et d'une partie de l'épiploon.

Il s'agit d'une série de kystes isolés et groupés dont les plus gros atteignent le volume d'une tête d'enfant. Ils sont de consistance élastique mais ferme. Paroi parcourue par de nombreux vaisseaux sanguins très ramifiés. Paroi épaisse, opaque. La plupart des kystes n'ont qu'une cavité. Certaines cavités communiquent. L'épiploon donne l'image d'une masse de vésicules. Le liquide kystique est clair, limpide. Il n'y a ni albumine, ni mucine, ni pseudomucine.

L'examen histologique offre dans ces 2 observations les mêmes caractéristiques. Les cavités sont si serrées qu'il n'y a pas de traces de stroma. Le tissu de liaison est riche en cellules ; quelques lymphocytes et fibroblastes. En d'autres points, la disposition et la forme des cellules donne l'image d'un endothélium. La paroi se compose de quelques couches de cellules, de forme plate ou cubique. Cependant les grosses cellules épithélioïdes manquent. A leur place on trouve de nombreux espaces remplis d'un endothélium plat d'une seule couche. Il est impossible de reconnaître en ces cavités des cavités lymphatiques. Par places, de nombreux vaisseaux sanguins, avec amoncellement des cellules rondes. Dans les grandes cavités on reconnaît aisément des cavités lymphatiques. Toutes sont revêtues d'endothélium. Celui-ci est en partie plat, en partie cubique et cylindrique, avec des graduations insensibles. Il s'étend sur une ou plusieurs assises. Pas de filaments élastiques, ni de musculature lisse.

JERLOV (Acta radiologica, 1924).

I. — Homme de 42 ans. Depuis 16 ans, gastrite avec hyperacidité, mais s'améliore d'année en année. Depuis quelques mois, souffre de l'estomac. Il a remarqué, dernièrement, une tumeur tout en bas de

l'abdomen. Pas de perte de poids, ni vomissements, ni nausées. Selles normales. Pas de troubles de la miction.

Examen : bon état général. Pas de température.

L'abdomen rappelle une grossesse de 5 mois. Tumeur relativement solide, plus grosse qu'une tête d'enfant. Son pôle inférieur plus étroit descend dans l'excavation pelvienne. La surface semble assez lisse. Prostate normale. Urines : dépôt de pus et de colibacilles.

Diagnostic : tumeur maligne.

Opération : la tumeur est constituée de kystes, de dimensions variées, de celle d'un pois à celle d'un œuf d'oie. La partie supérieure se confond avec l'épiploon. La partie inférieure est solidement adhérente au pôle supérieur de la vessie, aux intestins, et à la paroi pelvienne. Le liquide est clair dans la plupart des kystes, sombre dans les autres.

L'opération est impossible. On extirpe quelques kystes pour un diagnostic histologique.

Paroi mince parcourue de petits vaisseaux dilatés ; elle est limitée par une couche de cellules endothéliiformes plates, mais parfois légèrement gonflées, et disposées en plusieurs assises. Cette couche repose sur un stroma de tissu conjonctif, dans lequel on voit des fibres musculaires. Pour le reste, tissu fibreux et caractéristique d'une inflammation subaiguë. Vaisseaux entourés d'amas de petites cellules sans structure lymphoïde distincte.

Nombreux petits kystes, sans endothélium, sans contenu visible.

On pense à faire de la radiothérapie alors que la tumeur dépasse la symphyse pubienne de 20 cm. et s'étend sur 20 cm. dans sa plus grande largeur.

On fait 8 séances en mars, on continue en juin, juillet, août.

A ce moment les troubles subjectifs ont disparu. La tumeur a diminué considérablement et ne dépasse la symphyse que de 15 cm.

En décembre, elle n'a plus que 10 cm. de hauteur, 11 cm. de large.

On revoit la malade en mai : bon état général. Aucun trouble fonctionnel. On ne sent plus de tumeur à la palpation abdominale. Cependant le toucher rectal permet de sentir une tumeur élastique du volume d'un œuf de poule. Un an après, aucune tumeur n'est perceptible ni à la palpation, ni au toucher rectal.

II. — Femme de 30 ans. Depuis 2 ans, douleurs dans la partie infé-

rière gauche de l'abdomen, sensation de broiement, intermittente. Ces douleurs diminuent au repos.

Pas de troubles urinaires, ni intestinaux.

Examen : à gauche de l'utérus on constate une tumeur élastique, ronde, de la dimension d'un œuf d'oie, attachée mais non soudée à la paroi pelvienne gauche. La température est à 37°2.

Deux ans plus tard, on fait les mêmes constatations, et l'on peut sentir le pôle supérieur de la tumeur dans la région iliaque gauche. Pendant 3 jours, fébricule à 37°6-37°8. On pense à un kyste de l'ovaire.

Opération : dès l'incision du péritoine, s'échappe une masse de formations kystiques, adhérentes les unes aux autres, de la dimension d'un grain de millet à celle d'un œuf de poule, contenant un liquide plus ou moins clair ou faiblement teinté de sang. On enlève les kystes, mais quelques-uns résistent, et il apparaît que la tumeur provient de l'épiploon et adhère largement aux organes pelviens. Les tumeurs s'étendent autour des annexes. Sur l'ovaire droit, on trouve de nombreux kystes du même genre. La trompe droite est grosse, irrégulière. On résèque l'épiploon. La tumeur s'étend en haut jusqu'à la rate. On trouve à ce niveau une masse de kystes dans le péritoine pariétal. On pense qu'il s'agit de tumeurs bénignes, et on les laisse.

La tumeur enlevée, irrégulière, a la dimension d'un poing. Elle est formée de nombreuses cavités de dimensions variables. Le contenu est constitué par une masse granuleuse, fibrineuse. On y trouve des globules rouges et des cellules rondes à petit noyau.

La paroi kystique est limitée par une couche endothéliale, parfois cuboïdale. En dehors de l'endothélium, tissu conjonctif avec fibres collagènes, avec vaisseaux sanguins de dimensions variables, avec une substance élastique peu importante. Les kystes ne sont séparés que par une couche endothéliale et un très petit réticulum. A d'autres places, le stroma forme de grossiers septa avec des vaisseaux sanguins bien développés, entourés de nombreuses cellules rondes. De ci, de là, tissu musculaire.

La masse principale a été enlevée. Mais l'extirpation totale étant impossible, on a fait de la radiothérapie, avec le même succès que dans l'observation précédente.

KISLER (Rousskaia Klin. Mossk, 1925).

Lymphangiome chez un enfant de 4 ans. La tumeur se compose de plusieurs kystes, allant de la grosseur d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'une poche contenant environ un litre de liquide.

Résection au niveau du côlon transverse. Guérison.

A l'examen microscopique, les parois du kyste montrent une image typique de lymphangiome aux trois stades de son développement, c'est-à-dire simple, avec cavités, avec kystes.

MINERVINI (cité par Grausmann).

Lymphangiome du péritoine et du grand épiploon qui causa la mort en 5 ans par épuisement.

CORDERO (Clin. Chir., 1910).

Femme de 53 ans, entre pour occlusion intestinale.

On trouve deux tumeurs : l'une sous-ombilicale, qui est manifestement un fibrome utérin, l'autre sus-ombilicale, fluctuante, fixe, pour laquelle on fait le diagnostic de kyste d'origine inconnue.

Opération : kyste de l'épiploon, qu'il faut sectionner pour terminer l'opération. Ce kyste mesure 69 cm. de diamètre. L'examen histologique montra une image de lymphangiome.

AUSINOFF (Kirur. Mossk., 1911).

Lymphangiome kystique du grand épiploon chez un tout jeune enfant.

Augmentation du volume du ventre depuis l'âge de un an et demi.

SCHWARTZENBERGER (Beitr. z. Klin. chir., 1894).

Fille de 4 ans 1/2. Ascite récidivante pendant 2 ans.

Opération : kyste multiloculaire du grand épiploon, contenant 3 litres de sérosité, et rattaché à l'épiploon par plusieurs pédicules.

Examen histologique : zoné externe : tissu conjonctif et muscles lisses.

Zone moyenne : nombreux vaisseaux sanguins, cavités lymphatiques entourées de tissu granuleux, infiltration lymphocytaire.

Zone interne : cavité recouverte en partie d'endothélium.

FISHER (Annals of Surgery, 1928).

Enfant de 4 ans, souffre de douleurs abdominales vives. Trois jours avant l'entrée, se plaint de douleurs abdominales, d'intensité croissante, avec paroxysmes.

Examen : gros abdomen, avec circulation veineuse collatérale. Masse dure, dans le quadrant supérieur gauche, avec à la pression, une douleur qui irradie vers la région inguinale et détermine une flexion des deux cuisses. Le reste de la cavité abdominale est rempli d'un kyste, gros, flasque, fluctuant.

Pouls autour de 100. Température à 38°.

Eosinophilie sanguine 2 %. Urines normales, mais présence d'acétone (2 gr.)

Opération : gros kyste multiloculaire, remplissant la cavité abdominale et rattaché au hile de la rate, à la moitié de l'épiploon gastro-colique et de l'angle splénique du côlon.

L'épiploon gastro-splénique, et la moitié de l'épiploon gastro-colique sont remplacés par un tissu fibreux. Un gros kyste remplit le quadrant supérieur et inférieur droit. Un autre, plus gros, se rencontre à la partie inférieure gauche. Un troisième et de nombreux kystes sont disposés le long des vaisseaux sanguins, dans le quadrant supérieur gauche. La masse entière, avec son contenu, pèse 12 livres.

Extirpation totale, avec dissection des adhérences. Guérison.

Examen histologique : la paroi kystique est limitée par un endothélium. Au dessous de l'endothélium, est une zone étroite de tissu fibreux, inflammatoire. A travers l'épiploon, on trouve de nombreux lymphatiques dilatés, irréguliers, sinusoides ou caverneux, limités par un endothélium et contenant de la lymphe. A travers le tissu adipeux, et spécialement autour des lymphatiques devenus kystiques, on trouve une infiltration inflammatoire diffuse, et une légère prolifération fibroblastique. Dans la paroi des plus gros lymphatiques dilatés, on trouve des fibres musculaires lisses, et occasionnellement un petit groupe de cellules lymphoïdes.

RYAN (Annals of Surgery, mai 1926).

Garçon de 4 ans. Tumeur abdominale gênant la respiration ; l'abdomen est gros depuis la naissance.

Il y a 2 ans, une ponction ramena une grosse quantité de liquide brun, et le ventre diminua notablement de volume. Tympanisme dans les flancs, et matité le long de la ligne médiane, mais on ne sent pas de masse.

Le liquide s'est reformé lentement, et l'on fut obligé de ponctionner à nouveau, il y a 1 an.

Il y a 3 semaines, on découvre à l'épigastre une masse, mais on la sent mal, par suite du développement de l'abdomen. Jamais de vomissements. Constipation. Bon appétit. Bon état général. Perte de poids légère, ces derniers mois.

Aucun traumatisme dans les antécédents.

Examen : enfant bien constitué, assis dans son lit, respire difficilement. Abdomen notablement augmenté de volume, mat. A la partie supérieure de la ligne médiane, une masse très nette, molle, lisse, et mobile. Pas de gargouillement, ni d'ondulation péristaltiques. Les rayons X n'apportent aucune lumière pour le diagnostic.

On ponctionne pour permettre un examen plus approfondi. Après la ponction, on sent nettement une masse épigastrique, bien limitée, mobile en bas jusqu'à l'ombilic, ronde, lisse, de 4 à 5 pouces de diamètre, paraissant pédiculée.

On fait le diagnostic de sarcome de l'épiploon. Le liquide retiré est sombre, brunâtre, ressemblant presque à un vomissement marc de café.

Opération : masse kystique à paroi épaisse, blanc grisâtre. Liquide jaune clair. Autour de ce kyste, il en existe encore 2 gros, et un certain nombre de petits kystes, de couleur sombre, à paroi mince, transparente.

Ces kystes remplissent entièrement l'abdomen, et siègent dans l'épiploon gastro-colique.

Le premier kyste épais, est rattaché sur une longueur de 2 cm. à la grande courbure de l'estomac. Les intestins sont refoulés en arrière. Tous les kystes sont adhérents les uns aux autres; 3 sont épais, mais 6 minces.

Le liquide est sombre, renferme une grosse quantité de globuline, d'albumine et de sang.

La paroi varie de 2 à 4 mm. d'épaisseur.

Examen histologique :

Kystes à paroi épaisse. La bordure interne montre une seule assise de cellules endothéliales, dans un tissu conjonctif. Inflammation chronique de la paroi, nombreux petits vaisseaux sanguins et lymphatiques. Au-dessous de cette zone de la paroi, tissu fibreux complétant la paroi, et couverte par une seule et très mince assise de l'endothélium aplati.

Kystes à paroi mince. Processus inflammatoire moins marqué, œdème moindre.

ISELIN (Société chirurgiens, Paris, 1^{er} juillet 1927).

Malade de 65 ans. Au cours d'un examen, on constate le volume anormal du ventre, qui à la palpation présente une résistance profonde.

Pas de circulation veineuse collatérale. Omphalique normale. Ventre tendu dans l'ensemble, mais dépressible dans la fosse iliaque droite ; à gauche, la fosse iliaque est remplie par une volumineuse tumeur qui atteint en haut presque le rebord costal. Elle dépasse à droite l'ombilic légèrement. On a l'impression d'une masse arrondie, avec quelques bosselures à sa surface. La consistance est liquide ; on obtient une fluctuation parfaite, mais il y a des parties dures, sur lesquelles on arrive en déprimant fortement les parties liquides.

Tumeur mate dans l'ensemble, entourée de sonorités gastro-intestinales.

En somme, tumeur kystique, refoulant l'intestin de tous côtés. On porte le diagnostic incertain de kyste du mésentère.

Opération : tumeur formée de kystes d'aspect violacé, recouverte par les feuillets de l'épiploon. Ponction : liquide citrin, très limpide.

La tumeur est extériorisée facilement, car elle n'adhère nullement aux organes voisins. La seule difficulté tient à son volume, car le pôle inférieur plonge dans le Douglas. Elle a contracté des adhérences très localisées avec la face antérieure de l'estomac. D'énormes vaisseaux, animés de battements, descendent à sa surface.

Libération facile des adhérences stomacales et de l'épiploon. On pince au fur et à mesure les vaisseaux. Extirpation de la tumeur. La tumeur est énorme, formée de kystes multiples, renfermant un même liquide. Liquide jaune, alcalin. Absence de cholestérine. Après centrifugation, dépôt peu abondant de globules rouges, et de lymphocytes. Examen histologique (P^r Lecène) : la tumeur est formée de parties solides, de kystes séreux, de dilatations sanguines vasculaires.

Les parties solides sont constituées par un tissu cellulo-adipeux, en réaction inflammatoire légère. Ces kystes séreux sont revêtus d'un endothélium continu et ressemblent tout à fait aux cavités que l'on trouve dans les lymphangiomes kystiques. Les dilatations vasculaires sont également tapissées d'un endothélium continu. Ce sont des dilatations capillaires identiques à celles qui constituent l'hémangiome.

Depuis 4 ans, l'opéré jouit d'une santé parfaite.

II. — Lymphangiomes probables.

BRANDT (Zentralblatt. f. Gyneco, 1894).

Kyste du grand épiploon chez une jeune fille de 15 ans. La tumeur, indolore, mobile, s'étendait jusqu'à l'ombilic. Le contenu liquide était sombre, presque noir.

La paroi kystique se composait d'un tissu plus ou moins riche en cellules, tandis que la surface interne était recouverte par des endothéliums indistincts.

MARFAN (Presse médicale, 1896).

Enfant de 2 ans 1/2. Son ventre a toujours été un peu gros. Vers 15 mois, l'intumescence abdominale prit des proportions considérables. L'ombilic se déplissa et fit une saillie notable. Pendant un an, le ventre continua à augmenter de volume, sans altération de la santé, sans fièvre. Fonctions digestives excellentes. Jamais l'enfant ne s'est plaint d'avoir mal au ventre. On le conduisit à l'hôpital pour amaigrissement.

Examen : dimensions énormes du ventre. Pas de circulation veineuse collatérale. Omphile déplié. Matité dans toute l'étendue du ventre, sauf dans la région épigastrique. Sensation de flot : ascite. Température normale. Pas d'albuminurie. Pas de signes de tuberculose. Deux jours après : respiration fréquente, difficile. Pouls un peu faible. Quelques irrégularités du rythme cardiaque. On pense à une compression du diaphragme par le liquide.

Ponction : 2 litres de liquide hémorragique, noirâtre. Globules rouges altérés. Grandes cellules plates. Granulations grasses. Nombreux cristaux.

On ne sent alors aucune tuméfaction. Les jours suivants, amélioration nette, mais le ventre augmente lentement, progressivement.

Deux mois et demi plus tard, le ventre est très tendu, la respiration gênée, la température à 40°. Ponction : liquide ressemblant à l'urine d'un ictérique.

Laparotomie exploratrice : ascite verdâtre (1 litre environ). Poche dont la paroi est sillonnée par de nombreux vaisseaux, rouge violacée, mince. C'est un kyste qui crève spontanément, laissant couler une sérosité sanguinolente. On libère la tumeur de quelques adhérences lâches. On isole un kyste énorme, multiloculaire, ne tenant plus que par un pédicule situé vers la partie supérieure du ventre. Entre les deux poches, se trouve une petite cavité, tapissée de fausses membranes, et remplie de débris fibrineux. Sans doute est-ce à ce petit foyer de péritonite qu'est due la poussée fébrile. En cherchant à isoler le pédicule, on est conduit jusqu'à la rate et l'estomac. Les connexions du kyste deviennent évidentes. Ce qu'on a sous les yeux, c'est le grand épiploon lui-même, transformé en kyste multiloculaire. Pédicule lié. Suture. Guérison.

Quatorze mois après, la guérison se maintient.

Examen de la tumeur : kyste volumineux, gros œuf d'autruche, formé de 15 poches de taille inégale. Coloration rouge vif, rappelant celle de l'intestin dans la hernie étranglée. Le pédicule atteint à la grande courbure de l'estomac et de la rate.

Examen histologique : la paroi des kystes est formée de tissu conjonctif, déjà adulte avec des fibres élastiques. De nombreuses cellules embryonnaires infiltrent ce tissu ; en certains points, ces cellules forment en se rassemblant en îlots, de véritables amas lymphoïdes. Vais-

seaux sanguins non altérés. A la surface interne du kyste, couche continue de fibres musculaires lisses, situées immédiatement sous les éléments conjonctifs qui forment le revêtement interne.

MARSH et MONSARRAT (Brit. med. Journ., 1901).

Fillette de 1 an 8 mois. Quatre mois auparavant, on remarqua que son ventre avait augmenté de volume. Pas de douleurs. Le ventre mesure 58 cm. de circonférence à 5 cm. au-dessus de l'ombilic.

On pense à une ascite tuberculeuse. Ponction : liquide brun foncé, contenant un peu de sang.

Huit mois après, l'enfant se plaint de douleurs abdominales et perd l'appétit. Ponction. De nouvelles ponctions sont faites dans le cours de l'année. On remarque que le flanc gauche est sonore comparative-ment au flanc droit. Le liquide n'est pas libre dans la cavité. On pense à un kyste.

Opération : kyste de l'épiploon à parois minces, rouge foncé. De nombreux vaisseaux courent sur sa paroi. La tumeur se compose d'un gros kyste et de plusieurs autres petits. Adhérences à la fosse iliaque droite.

Examen des pièces : gros kyste contenant 5 litres et 1/2 de liquide, et un grand nombre de kystes indépendants plus petits.

La paroi du plus gros kyste montrait un revêtement externe endothélial ; à l'intérieur, une couche de tissu conjonctif contenant de nombreux vaisseaux sanguins. Les parois des kystes plus petits montraient la même structure, mais la couche de tissu conjonctif était représentée par une assise bien marquée de tissu fibreux. Le soutien donné aux vaisseaux était donc plus solide que dans le gros kyste où les vaisseaux étaient gros et à paroi mince.

KIRCHBERG (Frankfurt zeitschrift f. pathol., 1912).

Femme de 51 ans. Règles irrégulières depuis 2 ans. Anémie ; hémoglobine 50 %. Absence de signes fonctionnels, ventre souple, indolore. Prolapsus utérin. Masse périutérine, indolore, molle, mal limitée.

Opération par voie vaginale : nombreux kystes transparents, remplis d'un liquide clair comme de l'eau, certains de la grosseur d'un pois,

d'autres plus petits. On en enlève une certaine quantité. Annexes entourées de kystes. Sur la paroi recto-vaginale, kystes de la grosseur d'une noix, à paroi dure ; on les extirpe. On ouvre le Douglas : on retrouve de nombreux kystes qu'on enlève : kystes à liquide clair, ressemblant au contenu des kystes para-ovariens. Tout le bassin est rempli par une tumeur qui ressemble étrangement à une môle hydatiforme.

Ouverture de l'abdomen : nombreux kystes dont la dimension varie d'une tête d'épingle à celle d'une cerise. Paroi mince, lisse. Contenu limpide.

L'état de la malade est tel qu'on doit terminer l'opération.

Quelque temps après, on constate une masse péri-utérine, molle, mal limitée : au toucher rectal, on note de nombreux kystes de la grosseur d'une cerise. Le ventre est souple, de dimensions normales.

Cinq mois plus tard, infiltration des 2 portions de l'abdomen. On porte le diagnostic de tuberculose. Et de fait la malade meurt après avoir présenté les signes d'une tuberculose évolutive, pulmonaire et intestinale.

Autopsie : dénutrition complète. Abdomen : nombreux kystes intra-épiploïques dont la dimension varie d'une tête d'épingle à celle d'une noix. Nombreux kystes dans le petit épiploon sous-hépatique, dans le péritoine duodénal, dans le mésentère. Pas d'ascite libre, nombreux kystes du même genre dans la plèvre diaphragmatique, dans les poumons : granulations et cavernes.

Foie brun-rouge, avec des granulations qui font penser à la tuberculose. Hémorragies légères dans la muqueuse intestinale, et ulcères en partie cicatrisés. Ovaires normaux. Appendice normal.

Examen histologique : paroi des kystes, mince en certains endroits, épaisse en d'autres, fibres élastiques, beaucoup de cellules graisseuses et de globules rouges. La face interne est formée d'une couche endothéliforme qui en certains points devient cubique. Pas de cellules cylindriques. Partout se trouve de la lymphe. Liquide riche en albumine, séreux.

Il s'agit d'un kyste lymphatique, ainsi qu'en témoignent sa situation dans l'épiploon, la constitution de sa paroi et de l'épithélium, et les déchirures multiples lymphatiques autour du kyste.

Il s'agit là d'une observation très curieuse, de kystes disséminés dans toutes les séreuses, et que nous n'avons admise,

avec d'ailleurs les plus grandes réserves, qu'en raison de l'examen microscopique.

COPELLO (Bol. y trabajos de la Sociedad de Cirurgia
de Buenos-Aires, 1923).

Femme de 31 ans ; à l'opération on trouve 3 tumeurs liquides sous tension, de la partie moyenne de l'abdomen, plongeant vers le bas presque dans le pelvis. Il n'y a d'adhérences avec aucun organe. Sa mobilité est très grande.

Kystes intra épiploïques à paroi mince. Dans l'un des kystes intacts on observe que le liquide est sombre.

L'examen histologique de la paroi montre la présence d'un tissu conjonctif, tapissé de cellules endothéliales.

LAURENTI (Gaz. medic., Rome, 1916).

Homme de 70 ans. Bronchitique chronique. Il a remarqué, il y a 6 ans, dans la région moyenne de l'abdomen, mais dépassant l'ombilic une tumeur qui a augmenté depuis, lentement mais progressivement.

Cette tumeur détermine de fréquentes crises douloureuses et une douleur gravative presque continue. Le malade a eu deux vomissements. Constipation, avec parfois diarrhée. Jamais de fièvre.

Examen : état général satisfaisant.

Zone sus-ombilicale indolore. Pas de circulation veineuse collatérale, pas d'ascite. Au dessous de l'ombilic, tumeur de la grosseur d'un gros citron, lisse, dure, irréductible, un peu mobile latéralement, beaucoup moins de haut en bas, indolore, non pulsatile.

Pneumonie. Mort.

Autopsie : la tumeur abdominale était adhérente au péritoine pelvien, et en rapport avec l'épiploon par un pédicule d'environ 4 cm. de long, tordu sur son axe. Les parois du kyste étaient minces. Liquide limpide. Albumine 0,8 %. Lymphocytes 68%.

L'examen microscopique montre que la face interne de la paroi est constituée d'une couche de cellules endothéliales.

JACKSON (American Journal of Surgery, 1928).

Homme de 50 ans. Depuis 5 mois, perd progressivement ses forces, et ressent une sensation de gêne et de gonflement de la portion la plus basse de l'abdomen. Il lui est même arrivé d'être sujet à une diarrhée profuse. De temps à autre cystalgie, mais sans pollakiurie ni hématurie. Amaigrissement très léger. Aucune histoire de traumatisme abdominal.

Il y 4 ans, il avait été pris de douleurs abdominales, avec constipation, nausée et vomissements intermittents. La douleur cessa quelques jours après, quand l'obstruction céda.

Depuis, douleur sourde, dans la partie inférieure de l'abdomen. 3 à 4 selles par jours, ni ténésme, ni sang dans les selles.

Radioscopie: le côlon se remplit bien. Rectoscopie normale.

Examen: tuméfaction régulière de la partie inférieure de l'abdomen. La palpation et la percussion montrent qu'il s'agit certainement d'une collection liquide, mate. Il n'y a pas d'intestin interposé entre le kyste et la paroi abdominale antérieure. Hypertrophie de la prostate. Après sondage de la vessie, la tumeur reste aussi grosse. Impossible de cathétériser les uretères et de faire une pyélographie.

Examen du sang: hémoglobine 80 %.

Il s'agit très vraisemblablement d'un kyste de l'épiploon, du mésentère ou de l'ouraque.

Opération: masse kystique immédiatement sous le péritoine et légèrement adhérente à lui. Paroi excessivement mince par places. Ponction: 2 litres de liquide noirâtre, de mauvaise odeur. Kyste uniloculaire. On rompt les adhérences, légères, au péritoine pariétal antérieur. Mais le kyste est si adhérent à la vessie qu'il est nécessaire de disséquer aux ciseaux. On libère plus difficilement sa paroi postérieure du péritoine pariétal postérieur. Le grand épiploon est manifestement la seule origine possible du kyste. Juste au-dessus de la proéminence du sacrum, masse kystique globuleuse, d'environ 3 cm. de diamètre, très adhérente au péritoine pariétal postérieur. Tout au fond de l'excavation pelvienne, sur la ligne médiane, autre kyste 3 fois plus gros que le premier. Ces 2 kystes adhéraient au premier.

Examen des pièces: il s'agit de kystes séparés, dont le contenu liquide était de couleur chocolat. Le plus gros kyste a 15 cm. de dia-

mètre. Le deuxième est constitué par une masse de petits kystes. Le plus gros kyste a été détaché de l'épiploon dont il reste quelques portions sur sa paroi. Il est parcouru par de gros vaisseaux sanguins. La surface du kyste est brillante. La paroi est fibreuse et dure, d'épaisseur variable (1 à 3 mm.). La face interne est brillante et ressemble à la face interne de la vessie. En certains points, on trouve de la fibrine et même des fausses membranes. Dans les autres kystes, la paroi est excessivement mince, transparente. Le contenu liquide est incolore.

L'examen microscopique montre, dans l'ensemble, une certaine unité de structure.

La paroi est faite de tissu cellulaire et de fibres, avec des cellules adipeuses incluses et de nombreux vaisseaux lymphatiques et sanguins. La face interne de la paroi est faite de tissus beaucoup plus compacts, avec un développement anormal de la matrice collagène, de sorte que grossièrement et histologiquement cela ressemble à la matrice cartilagineuse. A la face interne de la paroi, on ne trouve pas de cellules endothéliales, mais des cellules géantes avec noyau irrégulier multilobé. En certains points, cellules reposant sur un feutrage épais de fibrine. Dans les petits kystes, l'exsudat fibrineux interne était envahi par des lymphocytes et des polynucléaires. Dans la partie externe de la paroi des kystes, à côté d'une formation fibroplastique, infiltration lymphoïde périvasculaire. Certains espaces à la partie externe de la paroi étaient bordés de cellules ayant la structure normale du mésothélium péritonéal. L'endothélium des lymphatiques et des vaisseaux sanguins apparaît normal.

Fitz (cité par Stillmann).

Dilatation considérable des lymphatiques de l'épiploon chez une femme qui avait un fibrome utérin auquel l'épiploon adhérait. L'augmentation du volume de l'abdomen fut remarquée pour la première fois il y a 3 ans et se poursuit depuis, lentement. L'épiploon est réduit à une membrane de tissu conjonctif supportant des lymphatiques énormément dilatés.

III. — Kystes séreux ou hématiques.

GAIRDNER (Transactions path. soc., London, 1852).

A l'autopsie d'une femme adulte morte subitement, on trouva un kyste sous le feuillet antérieur du grand épiploon. Cette femme avait un gros utérus fibromateux. Le kyste se composait d'une vaste poche fermée et contenait une sérosité transparente incolore.

PÉAN (Tumeurs abdominales, 1880).

Femme de 40 ans. Au cours d'une péritonite avec tympanisme et dureté du ventre, on note une petite tumeur sur la nature et le siège de laquelle on ne peut se prononcer. Même crise plusieurs mois après. On note après cette crise le volume considérable du ventre. Le toucher vaginal combiné montre un kyste indépendant de l'utérus.

Diagnostic : kyste de l'ovaire.

Opération : ascite de 6 litres. Dans la cavité péritonéale, plusieurs kystes de différent volume. L'un d'eux a le volume d'un œuf d'autruche. Ceux de moindre volume adhèrent au kyste principal. La ponction donne 18 litres de contenu couleur chocolat. Pas de traces de cholestérine. Pas de connexions avec l'utérus ou les ovaires. Le kyste est implanté sur le grand épiploon avec lequel il est si intimement confondu que celui-ci l'enveloppe de toutes parts. On cherche à détacher l'épiploon du kyste ; on n'y parvient que sur la moitié de l'étendue. Sur le reste de la surface, l'épiploon est si hypertrophié qu'il faut suspendre la dissection et extraire la tumeur en portant des ligatures sur la partie saine de l'épiploon.

La durée de l'opération fut de 2 heures, par suite des rapports insolites de la tumeur et de la nature de ses adhérences.

La tumeur a une grande analogie avec les kystes sanguins de l'ovaire.

Le contenu est formé de sang dégénéré.

Les suites opératoires furent normales.

DORAN (Trans. ob. Society, London, 1882).

Femme de 58 ans. Depuis des années, souffre de signes rappelant ceux des kystes de l'ovaire. Il y a 2 ans ce kyste s'est rompu, puis s'est rempli. Il avait été ponctionné plusieurs fois. A l'opération, gros kyste intimement adhérent au péritoine pariétal, près de l'ombilic, et entièrement renfermé dans le grand épiploon.

GOODING (The Lancet, 1887).

Jeune fille de 19 ans. Il y a 1 an, remarque une grosseur du volume d'un œuf de poule dans la fosse iliaque droite, douloureuse surtout à la menstruation ; se développe progressivement vers le haut. Quelques mois auparavant, la malade avait reçu un coup violent dans l'estomac.

Examen : tumeur grosse comme une noix de coco, qui s'étend jusqu'à l'ombilic. On fit le diagnostic de kyste de l'ovaire à long pédicule.

Au bout de 2 ans, vomissements après les repas, douleurs lancinantes au niveau de la tumeur. Celle-ci augmente.

Opération : kyste entouré par les feuillets de l'épiploon, fortement adhérent au péritoine pariétal. Pas de pédicule.

Guérison.

WELLS (Brit. med. Journal, 1890).

Fillette de 4 ans. L'abdomen a toujours été gros. Augmentation progressive du ventre depuis 1 an.

Examen : grosse tumeur sous-ombilicale, évidemment enkystée
Ponction : liquide séreux, sans hydatides. Albumine.

Diagnostic : kyste de l'ovaire.

Reproduction du liquide.

Opération : kyste de l'épiploon à paroi mince, dans la fosse iliaque droite, adhérent à la paroi abdominale, au cœcum et à l'appendice. Ponction. Libération des adhérences. Excision d'une partie de l'épiploon.

Guérison rapide.

ERDHEIN (Wiener Klin. Rundschau, 1896).

Femme de 52 ans. Tumeur apparue il y a 5 ans. Aucun antécédent de traumatisme.

Diagnostic : kyste de l'ovaire.

Opération : kyste bleuâtre, transparent, adhérent sur une large surface, recouvert par l'épiploon. Il fallut ouvrir le kyste et le vider avant de pouvoir l'extraire. Il n'y avait aucune connexion avec aucun des organes pelviens. La tumeur s'étendait du côlon transverse à la vessie.

JESSET (Brit. Gynec. Journal, 1896).

Femme adulte. *Diagnostic* : kyste de l'ovaire.

Opération : kyste dans les replis du grand épiploon, adhérent à sa partie supérieure, contenant une certaine quantité de cholestérine.

Guérison.

HEARN (Annals of Surgery, 1897).

Enfant de 8 ans. Ventre gros depuis la naissance. Mais la tumeur n'est particulièrement perceptible que depuis 4 ans ; âge auquel l'abdomen recommence à se développer. Bonne santé. Ponction : le liquide se renouvelle rapidement.

Dyspnée, mictions fréquentes. Abdomen énorme, mesurant 1 m. 10 de circonférence. On soupçonne un kyste de l'épiploon, à cause du manque de symptômes.

Opération : kyste à liquide verdâtre ; nombreux autres kystes. Après en avoir évacué un grand nombre, la masse fut entraîné au dehors, et on trouva qu'elle était rattachée au grand épiploon entre les feuillets duquel elle s'était développée. La masse pesait environ 50 livres.

Guérison.

BRAITHWAITE (The Lancet, 1898).

Fille de 4 ans. Gros ventre. L'abdomen contenait une grande quantité de liquide, en avant des intestins. C'était donc un kyste.

L'abdomen était mat sur une étendue de 3 pouces environ au-des-

sous du sternum. Les flancs sont sonores. Sensation de flot. Donc, liquide très mobile.

L'abdomen mesurait 56 cm. de circonférence à hauteur de l'ombilic.

Opération : kyste de l'épiploon enlevé facilement. Quelques adhérences à l'intestin. Contient 3 litres de liquide clair séreux ; volume d'une noix de coco, coloration bleuâtre. Plusieurs autres petits kystes.

Guérison.

JACOBI (Trans. Am. Phys., 1901).

Fille de 7 ans. Depuis 4 ans, l'abdomen se développe et l'enfant maigrit.

Diagnostic : ascite tuberculeuse.

Ponction : 2 litres 1/4 de sérosité claire légèrement hématique. Deux ans après, intumescence abdominale très nette. Deuxième ponction, puis opération : kyste multiloculaire à parois minces, incorporé au grand épiploon.

Guérison.

BOYD (Clinical Journal, London, 1903).

Garçon de 11 ans. Perte d'appétit, vomissements. Ne peut courir parce que trop fatigué. Son ventre augmente de manière régulière, avec douleur continue sourde, dans le bas-ventre. Gros amaigrissement.

Diagnostic : ascite tuberculeuse ou kyste du rein gauche.

Opération : kyste à paroi mince, recouvert par le grand épiploon, dont il occupait la cavité. On retire 7 litres de liquide brun verdâtre.

Guérison.

RODMAN (Annals of Surgery, 1908).

Jeune fille de 17 ans. Enorme tumeur abdominale.

Opération : volumineux kyste de l'épiploon de 60 l. uniloculaire, qui s'énuclée facilement. Contenu limpide comme de l'eau de roche.

Guérison.

ORMSBY (Med. Press. and. Circ., 1883).

Femme de 26 ans. Grosse tumeur abdominale depuis 6 ans. Circonférence abdominale à hauteur de l'ombilic : 1 m. 35.

Kyste multiloculaire provenant du grand épiploon, contenant un liquide si épais qu'il ne coulait pas par le trocart.

EDEBOHLS (New. Y. Journ. Gyn. and. Obst., 1893).

Femme de 37 ans. Le ventre augmente depuis 8 mois.

Kyste gangreneux, monoloculaire, liquide chocolat, rattaché au grand épiploon par un pédicule solide. Aucune connexion.

ROSE (King's. Col. Hos. Rep., 1898).

Femme adulte, opérée pour kyste de l'ovaire. 15 jours après, douleur dans la région lombaire droite. On y trouve une tumeur que l'on prend pour une tumeur du rein. C'était un kyste multiloculaire rattaché à l'épiploon par des adhérences étroites.

Guérison.

BIDWELL (Brit. med. Journ., 1905).

Homme de 62 ans. L'abdomen a augmenté et est devenu énorme. Ponction : 18 litres de liquide sanglant. Dans la suite, on peut sentir une masse dure.

Diagnostic : tumeur maligne.

Opération : tumeur kystique qui provenait de l'épiploon par un pédicule distinct.

Guérison.

SCHRAMM (Zentralbl. f. chir. 1903).

Fillette de 1 an, accroissement progressif de l'abdomen depuis 4 mois. Anorexie, constipation, vomissements répétés depuis quelques jours.

Bon aspect général. Ventre très volumineux. Circonférence à l'ombilic : 91 cm. Ombilic déplié. Matité sur toute l'étendue de l'abdo-

men. Fluctuation très nette. Dans les régions inguinales, tuméfaction de la grosseur d'un œuf d'oie, mobile, mate.

Diagnostic : ascite à gros épanchement tuberculeux, qui repousse les 2 anneaux inguinaux en simulant des hernies.

Opération : pas d'ascite. Un kyste. L'épiploon présente une agglomération de kystes variant du volume d'une noix à celui des 2 poings. Les tumeurs inguinales sont dues à une dégénérescence kystique.

Il s'agit d'une masse ressemblant à une grappe de raisins, gigantesque, du volume de 2 têtes d'homme. Pas d'adhérences.

Guérison.

Les kystes communiquent les uns avec les autres. Les parois sont très minces, composées seulement du simple feuillet épiploïque.

PYBUS (The Lancet, 13 janvier 1917).

Fillette de 4 ans, entre à l'hôpital avec le diagnostic d'ascite tuberculeuse.

Ventre déjà gros à 9 mois, ponctionné à 1 an 1/2 et 2 ans. Mais le liquide se reforme progressivement.

On la ponctionne de nouveau à l'hôpital : 3 litres de liquide.

Un an après, la circonférence abdominale est de 1 m.16. On ponctionne deux fois. Chaque fois, on retire 1 litre de liquide, légèrement rougeâtre, contenant des cristaux de cholestérine.

Laparotomie exploratrice : kyste à paroi mince, occupant presque totalement l'abdomen, et relié à la paroi par trois beaux tractus. Le kyste est ponctionné et extirpé. Sa paroi est mince et partiellement cloisonnée. Ce kyste siège dans le grand épiploon, dont une partie est déchirée.

La partie supérieure du kyste adhère à la grande courbure de l'estomac.

Guérison.

Le kyste est du volume d'un gros ballon de football. La quantité exacte du liquide n'a pas été mesurée, mais il remplissait la moitié d'un seau ordinaire. C'était un liquide brunâtre, contenant des cristaux de cholestérine.

L'examen histologique n'a pas montré de couche épithéliale.

HARVEN (Société belg. de chirurgie, janvier 1927).

Début brusque. Douleurs dans la fosse iliaque droite, augmentation du volume de l'abdomen.

Tumeur liquide immobile. Mac Burney sensible.

Diagnostic : kyste du mésentère, ou péritonite tuberculeuse.

Opération : énorme kyste multiloculaire entre les 2 feuillets de l'épiploon.

MESSA (Gynecologia, 1911).

Femme de 22 ans. Son ventre augmente progressivement de volume depuis 3 mois. Pas de retard des règles. Aucun signe fonctionnel. Tumeur rénitente, régulièrement arrondie, médiane, mobile. On pense à un kyste de l'ovaire.

Opération : kyste volumineux du grand épiploon, à contenu sanguin.

Guérison.

MARINACCI (Roma Policlinica, 1925).

Fillette de 12 ans. Brusquement, douleurs violentes dans le ventre, sans vomissements, ni température. Les douleurs se calment, mais le ventre grossit. Quinze jours après, tumeur abdominale, de la grosseur d'une tête d'adulte, arrondie, siégeant à la partie médiane, de limites nettes, de consistance élastique, avec frémissement hydatique, séparée nettement du foie et de la rate, indépendante de la respiration.

Diagnostic : kyste hydatique du mésentère.

Opération : kyste volumineux, rouge, entre l'estomac et le côlon transverse. Grosses adhérences avec le mésocôlon, telles qu'il est impossible de l'énucléer. On se contente de marsupialiser après avoir extirpé la majeure partie de la paroi kystique. Le kyste était multiloculaire et contenait du sang.

Guérison.

ROCHARD (Société de Chirurgie, 24 avril 1912).

Homme de 23 ans, entre avec le diagnostic d'appendicite. Il y a 10 jours, malaise général, quelques frissons. On pense à une grippe. Le lendemain, abdomen tendu, pesant. Douleur abdominale généralisée d'emblée ; sensation de tiraillement. L'après-midi, il semble que le mal se localise dans l'hypocondre droit. Le malade y sent une grosseur, mobile.

Diagnostic : appendicite.

Pendant 3 jours, la température reste à 37°56 ; il ne survient ni nausées, ni vomissements.

Il y a 12 jours, en soulevant un moteur, le malade ressentit une douleur dans le ventre et les reins et s'évanouit.

Examen : les douleurs ont disparu. Pas de température. A jour frisant, on voit dans l'hypocondre droit, à un travers de doigt du rebord costal, une voussure très étalée, à grand axe vertical. Pas de résistance musculaire. Très superficielle, une tumeur rémittente, lisse, ovoïde, régulière, du volume d'un poing, non adhérente aux plans abdominaux antérieurs, mobile transversalement, mais peu vers la droite, de haut en bas presque fixe, indépendante des mouvements respiratoires.

Matité absolue ; une bande sonore de trois travers de doigt sépare la tumeur du foie. Pas d'ascite. La radio ne donne aucun renseignement.

Par exclusion, on diagnostique un kyste hydatique du foie.

Opération : masse bleuâtre, recouverte par l'épiploon qui lui adhère. Adhérences vasculaires. Extériorisation de la tumeur qui est de la taille d'une orange. Aucune adhérence avec les organes voisins. Kyste situé à 10 cm. au-dessous du bord inférieur du côlon transverse. Ablation simple. Il est limité par une paroi, mince, bleuâtre, parcourue de nombreux vaisseaux. Kyste multiloculaire. Liquide séro-hématique clair.

MARKOE (Bulletin of the Lying in Hospital of city
of New-York, mars 1912).

I. — Femme vient pour accoucher. Au-dessus du fond de l'utérus tumeur mobile, qui se déplace avec la respiration et est très mobile. On

trouve une autre masse du volume d'une orange, à gauche dans le ligament large, sensible, non mobile.

Opération : tumeur grosse comme une orange, incluse dans l'épiploon auquel était solidement adhérent l'appendice.

L'épiploon adhère également à la paroi abdominale antérieure.

Extirpation de la tumeur. Section des adhérences. L'utérus est refoulé à droite par une tumeur de la forme d'une petite grappe de raisins. Cette masse adhère très nettement à l'épiploon. Il s'agit d'un second kyste de l'épiploon. Les deux ovaires sont normaux.

II. — Femme de 27 ans, vient pour une tumeur inguinale congénitale qui augmente depuis un an.

Examen : tumeur inguinale droite, grosse comme une grappe de raisins, ferme, mais légèrement fluctuante. Pas d'impulsion à la toux. Indépendance des annexes et de la tumeur.

On pense à une hernie dont le sac contient probablement l'ovaire.

Opération : kyste sérosanguinolent, qui s'était prolaboré jusqu'au canal inguinal grâce à un long pédicule.

On lie le pédicule qui provient du grand épiploon. On enlève aisément le kyste par l'incision inguinale.

GIFFORD (Brit. med. Journ., mai 1910).

Garçon de 6 ans. Tumeur abdominale depuis 6 mois. Celle-ci est très douloureuse depuis quelques jours. Aucune relation avec le régime alimentaire. La douleur est constante, mais d'intensité variable. Constipation. Pas de vomissements. Urines normales.

Examen : enfant bien développé. Abdomen distendu, mais la distension est faible dans les flancs. Sensation de fluctuation. Matité au-dessus du pubis, remontant jusqu'à 3 doigts au-dessus de l'ombilic. Pas d'ascite libre. Circonférence de l'abdomen à hauteur de l'ombilic : 116 cm.

Opération : pas d'ascite. Tumeur kystique de la dimension d'une noix de coco, enclose dans l'épiploon. Adhérences avec la paroi abdominale. On la ponctionne. Ligature de l'épiploon. Extirpation du kyste avec la portion adjacente d'épiploon. Kyste monoloculaire ; liquide clair jaune paille.

LOTT (British med. Journal, mai 1905).

Enfant de 2 ans 10 mois, bien constitué ; entre avec le diagnostic de tuberculose péritonéale.

L'enfant est sujet aux vomissements répétés. Son ventre commence à augmenter de volume depuis un an.

Examen : abdomen distendu, indolore, fluctuant.

Aucun signe de tuberculose pulmonaire.

Opération : pas d'ascite. Large kyste à paroi mince. On l'extériorise, et on ponctionne. Liquide clair, environ un litre et demi. Le kyste est multiloculaire, inclus dans l'épiploon, et nourri par de gros vaisseaux.

Guérison.

ARZELA (Policlin, Roma, 1922).

Enfant de 3 ans, kyste contenant un litre et demi d'un liquide clair. Siège dans le grand épiploon.

BERNADET (Gynécologie et obstétrique, 1925).

Femme de 24 ans. La nuit, vives douleurs à début brusque, à 3 cm. au dessous des fausses côtes gauches. Sensation de torsion. Les douleurs disparaissent brusquement en une quinzaine de minutes. Pas de vomissements, ni nausées, ni débâcle intestinale, ni crise urinaire. Le lendemain matin, abdomen souple et indolore mais dans l'hypocondre gauche, tumeur de la dimension d'un œuf de poule, tendue, rénitente, indolore, extrêmement mobile, si mobile qu'on peut la faire passer dans la fosse iliaque gauche, puis dans la région appendiculaire, puis sous le foie, enfin la ramener à son point de départ. Si on l'abandonne en un point quelconque de l'abdomen, elle revient d'elle-même occuper sa place primitive.

L'examen gynécologique se montre négatif. Il n'y a aucune connexion entre l'appareil génital et la tumeur.

Plus tard, de petites crises douloureuses surviennent et le volume de l'abdomen semble augmenter après chacune d'elles. L'état général finit par s'altérer, et une constipation assez tenace s'installe.

Six mois après le début, torsion aiguë : vives douleurs abdominales, abdomen tendu, avec défense musculaire assez marquée.

Le repos et la vessie de glace sont sans effet.

Sous l'action de la morphine, l'abdomen se relâche, et on sent dans la fosse iliaque gauche la tumeur considérablement augmentée de volume, bloquée et comme accolée à l'utérus.

Opération : tumeur kystique, transparente, parcourue de fins vaisseaux, rénitente, du volume et de la forme d'une belle poire, appendue au grand épiploon par un pédicule tordu dans le sens des aiguilles d'une montre. Légères adhérences aux anses grêles.

JONG (Nederl. Tijds. w. geneesk., 1930).

Homme de 53 ans. A l'autopsie, à quelques centimètres au-dessous du pylore, attaché à l'épiploon on trouve un kyste uniloculaire, à parois minces. Kyste de la grosseur d'une pomme. Le contenu est clair comme de l'eau.

LOUDARD (Bull. mém. Soc. chir., déc. 1924).

Homme de 27 ans. Aurait eu dès l'enfance un ventre gros sans ressentir aucune douleur. Son ventre aurait surtout augmenté depuis quelques années.

Antécédents bacillaires ; péritonite tuberculeuse.

Homme bien constitué, abdomen volumineux, pas de circulation veineuse collatérale. Tumeur médiane ovoïde, débordant la ligne blanche de 4 travers de doigts à droite, de 6 à gauche; 20 cm. de diamètre transversal. Limite inférieure à 4 travers de doigt au-dessous de l'ombilic, supérieure à 3 de l'appendice xiphoïde. Tumeur rénitente, mate, mobile, dans tous les sens. Bande de sonorité entre le foie et la tumeur.

Radioscopie après repas bismuthé : tumeur sans connexion avec le tube digestif ni avec le foie.

Diagnostic : kyste hydatique du mésentère.

Laparotomie : volumineux kyste, à parois blanchâtres, à la surface duquel serpentent des vaisseaux épiploïques. Extériorisation impossible en raison de son volume. Ponction. Liquide brun. La poche s'étend de la face inférieure du foie au cul-de-sac du Douglas. Anses grêles refoulées latéralement. On cherche à le libérer des adhérences particulièrement intimes à la fosse iliaque droite. Il n'est pas possible de trou-

ver un plan de clivage entre le kyste et l'épiploon. On enlève l'épiploon en totalité avec le kyste.

Kyste de couleur grisâtre, de consistance très dure, fibreuse à la coupe. Liquide brun trouble, réaction neutre. Albumine 65 %, très forte présence de cholestérine ; quelques cellules dégénérées dans le sédiment.

IV. — Kystes inclassés.

ROUFFART (Bulletin Académie royale de médecine de Belgique, 1924).

Femme de 35 ans, vient pour troubles abdominaux datant de plusieurs années. Constipation opiniâtre. Santé générale parfaite.

Examen : ventre volumineux, une tumeur dure, faisant corps avec l'utérus ; une tumeur molle, rénitente, du volume d'un œuf d'autruche, médiane, qu'on prend pour un kyste de l'ovaire. Des signes de compression dus à cette seconde tumeur (circulation collatérale, œdème des membres inférieurs, dyspnée) apparaissent, le ventre devient dur et douloureux, le kyste augmente de volume.

Opération : pas d'ascite. La tumeur kystique est volumineuse, reliée par un pédicule à l'épiploon, formée d'un ensemble de poches à parois minces, à contenu séreux. Le pédicule est tordu un grand nombre de fois sur lui-même. Ablation de la tumeur. Tumeur kystique multiloculaire, pesant 10 kgr.

Examen histologique. Paroi interne tapissée d'une seule assise de cellules épithéliales cylindriques régulières. La paroi est formée de tissu conjonctif, de tissu réticulé lâche. Ça et là des vaisseaux à parois très minces, constitués d'un simple endothélium. Pas de traces d'inflammation ou de nécrose.

Il ne s'agit manifestement pas d'un lymphangiome. Mais il est difficile de se faire une opinion sur la genèse de ce kyste. Il s'agit probablement d'un kyste de l'ovaire, ou peut-être d'un kyste d'origine cœlomique.

FUNK (Surg. Gyn. obst., janvier 1914).

Jeune fille de 17 ans. Il y a 3 ans, elle remarqua une légère augmentation du volume de son ventre. Celle-ci s'est poursuivie progressive-

ment depuis. Jamais de troubles fonctionnels. Il y a un an, vives douleurs inguinales, bilatérales, avec fièvre, frissons, polakiurie. Elle est constipée depuis l'apparition de cette tumeur. La tumeur reste sans changement depuis 8 mois.

Examen : malade très amaigrie, ventre de 9 mois. Tout l'abdomen est distendu. Sensation de flot évidente. Matité et celle-ci ne se déplace pas avec les changements de position de la malade. Le toucher vaginal est négatif.

On fait le diagnostic de tuberculose péritonéale, avec point de départ appendiculaire probable.

Opération : kyste abdominal, mais sans attache pelvienne. On ouvre le kyste, on évacue plus de 15 litres de liquide clair. On sépare facilement le kyste de l'épiploon.

Examen histologique : Paroi d'épaisseur régulière, formée de tissu fibreux. La face interne est constituée d'une seule rangée de cellules qui avaient sécrété le liquide kystique.

Rien ne permet de conclure sur l'origine de la tumeur, car cette observation est trop imprécise, particulièrement en ce qui concerne l'histologie.

KARAS (Virch. arch., 1907).

A l'autopsie d'une femme de 38 ans, l'auteur trouve une tumeur polykystique de la moitié droite de l'épiploon. Paroi mince. Contenu clair.

Paroi fibreuse limitée par une assise de cellules plates qui en certains endroits sont épithélioformes. Beaucoup de celles-ci sont ciliées.

HENKE (Verh. d. Deutsch. path. gesselsch., 1899).

A l'autopsie d'un homme de 50 ans, l'auteur trouve des kystes à paroi mince, à contenu sombre, de la grosseur d'une épingle, ou d'un pois. La plupart se trouvent dans l'épiploon, et la bourse épiploïque. On en trouve, en outre, en plusieurs endroits du péritoine, sur le bord inférieur du diaphragme, sur la capsule du foie, sur la séreuse du caecum.

La paroi contient de nombreuses fibres musculaires, et est limitée par une assise de cellules épithéliales cylindriques ou cuboïdes.

Henke en fait un lymphangiome.

Malgré l'opinion de Henke, et bien que cette observation ait de nombreux points communs avec les observations de lymphangiomes, le fait de ne trouver que des cellules épithéliales ne nous permet pas de conclure qu'il s'agit d'un lymphangiome.

BORST (Die. Leh. von gen. Gesch. Bergmann, 1905).

Kystes de différentes grosseurs dans la cavité abdominale et dans le gros épiploon, littéralement semé de kystes.

Il s'agit d'endothéliums.

Il s'agit là d'une observation trop imprécise pour que nous puissions en tenir compte.

LANCE, LECÈNE (Soc. anat., Paris, 1903).

Femme de 60 ans. Tumeur abdominale depuis 4 ans, qui grossit lentement. Douleurs depuis 1 an seulement. Constipation, troubles légers de la miction.

Examen : masse polykystique volumineuse, de la dimension d'un utérus à terme. A côté de la masse nettement fluctuante, on en trouve d'autres très dures. Tumeur indépendante de l'utérus.

Opération : on évacue successivement 7 kystes par ponction. Masse énucléable, contient 7 à 10 litres de liquide jaune citrin, est incluse dans le grand épiploon. Guérison.

Examen de la pièce : paroi irrégulière, mince en certains points, épaisse sur d'autres. A la surface, plusieurs petits kystes inflammatoires pédiculés.

Examen histologique : la paroi du kyste est constituée par une couche très épaisse de tissu conjonctif, dense, bien vascularisé, formé de fibres conjonctives adultes, avec très peu de cellules. La face externe du kyste était recouverte de l'endothélium aplati du péritoine. La

face interne était constituée simplement par le tissu conjonctif de la paroi, infiltré de cristaux de cholestérine, et d'hématoïdine. Au voisinage de ces amas, on rencontrait de grosses cellules de tissu conjonctif, et des macrophages bourrés de pigment jaune rougeâtre. En un seul point, au niveau d'une sorte de villosité conjonctive saillante, à la face externe du kyste, on rencontra un très bel épithélium en palissade. Les cellules renfermaient un noyau bien coloré et un protoplasma clair, avec du mucus vers le pôle libre de la cellule. Sur certaines cellules, le mucus était excrété et on voyait une dépression cupuliforme. Cet épithélium rappelait tout à fait celui des épithéliomas mucoïdes de l'ovaire et des tumeurs villeuses de l'intestin. Il est donc certain qu'il ne s'agit pas d'un kyste séreux dont le revêtement aurait été endothélial mais d'un kyste revêtu d'épithélium cylindrique calciforme dont l'origine reste inconnue.

Il ne s'agit certainement pas d'un lymphangiome ; sur l'origine de cette tumeur, il faut se rappeler qu'on trouve à la surface externe des trompes, des épithéliums calciformes qu'on interprète comme des débris wolffiens.

CONCLUSIONS

I. — Les lymphangiomes kystiques du grand épiploon ne sont pas des tumeurs si exceptionnelles qu'on pourrait le penser.

II. — Ils surviennent avec prédilection chez l'enfant et chez la femme.

III. — Il s'agit, le plus souvent, de tumeurs multiples ou multiloculaires, volumineuses, à contenu séreux ou hématique.

IV. — Ils sont caractérisés, au point de vue histologique, par une paroi conjonctive, très vascularisée, et à revêtement interne endothélial.

V. — Ce sont des tumeurs qui semblent d'origine congénitale et liées à un trouble dans le développement du système lymphatique.

VI. — Leur symptomatologie n'est pas précise. Les signes fonctionnels se résument en des phénomènes douloureux. Les signes objectifs n'ont rien de caractéristique : tumeur, de consistance élastique, mate, excessivement mobile.

VII. — Les complications sont rares. Le pronostic est bénin. La guérison après l'intervention est la règle.

VIII. — Le diagnostic est assez délicat. Il est particulièrement difficile, chez l'enfant, avec l'ascite tuberculeuse, chez la femme, avec le kyste de l'ovaire.

IX. — L'extirpation est le procédé de choix. Elle est généralement facile.

Vu : le Président de la thèse,
OMBRÉDANNE.

Vu : le Doyen de la Faculté,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Aimes. — Chirurgie du grand épiploon (Progrès médical, 4 janvier 1920).

Ansinoff. — Cité par Borchers. Kirur. Monsk, 1911.

Arzela. — Policlin., Roma, 1922.

Bernadet. — Gyn. et obst., 1925.

Bidwell. — Brit. med. Journ., 1905.

Borchers. — Brun's Beitrage zur klin. chir., 1920.

Borst. — Cité par Gödel : Die Leh. von Gen. Gesch. Bergmann, 1905.

Boyd. — Clin. Journ., London, 1903.

Braithwaite. — The Lancet, 1898.

Brandt. — Zentral. f. gyn., 1894.

Brighaim. — San Francisco, 1910, cité par Stillmann.

Copello. — Bol. y trab. soc. cirurg., Buenos-Aires, 1923.

Coräero. — Clin. chir., 1910.

Descomps. — Soc. chir., juin 1920.

Doran. — Transact. ob. soc., London, 1882.

Dowd. — Annals of surg., 1911.

Edebohls. — New-York. Journ. gyn. and obst., 1893.

Erdheim. — Wien. Klin. Rundschau, 1896.

Fisher. — Annals of surg., 1928.

Fitz. — Lectures, San Francisco, 1910, cité par Stillmann.

Fort. — Annals of surgery, 1907.

Frank. — The Americ Journ. of obst., mars 1913.

Funck. — Surg. and gyn. obst., janvier 1914.

Gairdner. — Transact. path. soc., London, 1852.

Gifford. — Brit. med. Journ., May 1910.

Girvin. — Annals of surgery, décembre 1921.

- Gödel.* — Frankf. f. path., 1922.
Gooding. — The Lancet, 1887.
Gransmann et Joffe. — Annals of surgery, 1928.
Guérain. — Thèse Lyon, 1910.
Guillemot et Leveuf. — Soc. pédiat. Paris, avril 1933.
Harven. — Soc. belge chir., janvier 1927.
Hasbrouk. — Annals of surgery, 1908.
Hearn. — Annals of surgery, 1897.
Henke. — Verh. d. Deutsch. path. gesselsch., 1899
Hott. — British. med. Journ., mai 1915.
Iselin. — Soc. chirurgiens, Paris, juillet 1927.
Jackson. — Americ. Journ. of surg., 1928.
Jacobi. — Trans. amer. Phys., 1901.
Jerlov. — Acta radiologica, 1926.
Jeset. — Brit. gyn. Journ., 1896.
Josselin de Jong. — Nederl. Tijds. w. gen., 1930.
Kahuschkin's. — Zentr. f. chir., février 1908.
Karas — Virchow. arch., 1907.
Kirchberg. — Frankf. zeit. f. path., 1912.
Kister. — Russk. Klin. Mosk., 1925.
Lance et Lecène. — Soc. anat. Paris, 1903.
Lannelongue et Achard. — Traité des kystes congénitaux, 1886.
Laurenti. — Gazetta med. di Roma, 1916.
Marfan. — Presse médicale, 1896.
Markoe et Mac Pherson. — Bull. of the Lying in Hosp. of city of New-York, 1912.
Marsh et Monsarrat. — Brit. med. Journ., 1901.
Marinacci. — Policlin. Roma, 1925.
Matteus. — Brit. med. Journ., 1905.
Messa. — Gynecologia, 1911.
Minervini. — Cité par Gransmann.
Ombredanne. — Précis clinique et opératoire de chirurgie infantile, 1933.
Ormsby. — Med. Press and circ., 1883.
Oudard. — Bull. mém. Soc. chirurg., déc. 1921.

- Outerbridge.* — Annals of surgery, décembre 1914.
Péan. — Tum. abd. et du bassin, 1880.
Peterson. — Annals of surgery, juillet 1932.
Pybus. — The Lancet, janvier 1917.
Rivé. — Thèse Paris, 1932.
Rochard. — Soc. chirurg., avril 1912.
Rodman. — Annals of surgery, 1908.
Rose. — King's col. Hos. Rep., 1898.
Rouffart. — Bullet. acad. roy. méd. Belg., 1924.
Ryan. — Annals of surgery, May 1926.
Seefisch. — Deutsch. med. Woch., 1909.
Schramm. — Zentralbl. f. chir., 1903.
Schwartzenger. — Beitr. z. klin. chir., 1894.
Stillmann. — Journ. americ. med. assoc., août 1914.
Wagener. — Nederl. Tijds. w. gen., 1902.
Wakefield. — Surg. gyn. and obstetrics, May 1907.
Wellbs. — Brit. med. Journ., 1890.
-

512. — Impr. de la Faculté de Médec., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 12-33
